Année 2017 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Hanna SLIMI (MÉNAGÉ)

Née le 15/03/1988 à Saint Jean de Braye (45)

EVALUER LES CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE ET LOIRE SUR L'ORGANISATION ET LES MISSIONS DES LITS IDENTIFIÉS DE SOINS PALLIATIFS SITUÉS DANS LES DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU DÉPARTEMENT. ENQUETE DESCRIPTIVE.

Présentée et soutenue publiquement le 31/05/2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Étienne DANQUECHIN-DORVAL, Gastro-entérologie, Hépatologie, Pr émérite, Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Agnès HÉLIE, Équipe Mobile de Soins Palliatifs, PH, CH - Chinon

Année 2017 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Hanna SLIMI (MÉNAGÉ)

Née le 15/03/1988 à Saint Jean de Braye (45).

Évaluer les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des lits identifiés de soins palliatifs situés dans les différents établissements de santé du département. Enquête descriptive.

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Étienne DANQUECHIN-DORVAL, Gastro-entérologie, Hépatologie, Pr émérite, Tours.

Membre du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Agnès HÉLIE, Équipe Mobile de Soins Palliatifs, PH, CH- Chinon

RÉSUMÉ

Introduction :

Les différents gouvernements qui se sont succédés ont eu comme principaux objectifs de développer la démarche palliative en favorisant l'accès aux soins avec la mise en place d'un réseau et de renforcer les compétences des médecins, des soignants intervenants dans les services fréquemment confrontés à la fin de vie. Depuis 2002 il existe dans des services de médecine ou de soins de suite des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP). Ces lits permettent d'assurer une continuité dans la prise en charge palliative quand une hospitalisation devient nécessaire ou qu' un répit est souhaitable pour les aidants par exemple.
Cependant la coordination ville – hôpital n'est pas toujours simple car les médecins généralistes n'ont pas tous connaissance des LISP.
L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des Lits Identifiés de Soins Palliatifs situés dans les différents établissements de santé du département.

Matériel et Méthodes :

Étude quantitative descriptive transversale réalisée à partir d' un questionnaire envoyé par mail auprès de 504 médecins généralistes de l'Indre et Loire entre le 20/09/2016 et le 24/12/2016.

Résultats :

Dans notre étude 52,3 % des médecins généralistes ont participé à une formation sur les soins palliatifs. La majorité des médecins généralistes de l'Indre et Loire connaissent les LISP mais malheureusement ils ne savent pas ou se situent les LISP les plus proche de leur cabinet médical pour 52,3 % d'entre eux. Nous avons constaté qu' 1/4 des médecins généralistes ne connaît pas les modes d'entrée possible dans un service bénéficiant de LISP. Concernant les missions des LISP la majorité des médecins généralistes connaît les principales missions qui sont la prise en charge multidisciplinaire, l'intervention de l'EMSP ou de l'HAD, l'hospitalisation de répit ou de repli. Par ailleurs 61,4 % des médecins n'ont jamais hospitalisé leur patient dans un service bénéficiant de LISP. Enfin 85,9 % des médecins souhaiteraient avoir plus d'informations sur les LISP.

Conclusion :

La notion française de LISP est une entité à part entière unique en Europe, dont l'utilité est plus que reconnue. Cependant il existe une rupture dans la coordination ville – hôpital puisque les médecins généralistes ne bénéficient pas de toutes les informations concernant les LISP. Ainsi il serait intéressant de faire une étude à plus grand échelle pour compléter ces résultats ce qui permettrait par la suite d'évaluer les attentes et les besoins des médecins généralistes vis à vis des LISP.

ABSTRACT

Introduction :

Successive Governments have had as primary objectives the development of a palliative approach by promoting better access to healthcare, more specifically by the implementation of of a network, the development of the skills of physicians as well as of other medical staff in units where are treated end-of-life patients. Since 2002, there are specifically designated Beds for Palliative Care (LISP) in medical or follow-up care units. These beds make possible to ensure continuity in palliative care when hospitalization becomes necessary or when it becomes advisable to afford caregivers some time off, for example.
However city-hospital coordination process can be difficult at times since general practitioners are not all aware of Identified Beds of Palliative Care.
The main objective of this study is assess the knowledge of general practitioners active in *Indre-et-Loire* about the organization and mandates of the Identified Beds of Palliative Care units found in the various health establishments in that *departement*.

Tools and Methods :

Quantitative descriptive survey conducted with a questionnaire sent by mail to 504 general practitioners in *Indre-et-Loire* between 20/09/2016 and 24/12/2016.

Results :

In our survey, 52,3 % of general practitioners followed palliative care training. The majority of general practitioners in *Indre-et-Loire* knew about LISPs; however, unfortunately, 52,3 % did not know which ones were closest to their office. The survey found that 1/4 of general practitioners did not know about the admission criteria to a unit having LISPs. As for the services offered by LISPs, the majority of general practitioners are familiar with the main ones : multidisciplinary care, intervention of a EMSP (Mobile Team of Palliative care) or HAD (Home care), respite hospitalization. In addition, 61,4 % of general practitioners have never hospitalized patients in a unit having LISPs. Finally, 85,9 % of doctors would like to have additional information about LISPs.

Conclusion :

The French LISP concept is unique in Europe, and its benefits are widely recognized. However, there is a gap in city-hospital coordination since general practitioners are not in possession of complete information about LISPs. It would be interesting to conduct a survey on a larger scale to garner more complete data, which would make it possible to determine the expectations and needs of general practitioners in relation to LISPs.

Mots clés : lits identifiés de soins palliatifs, médecin généraliste, Indre et Loire, soins palliatifs

Key words : beds identified of care, general practioners, palliative care.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Pr. André GOUAZÉ - *1972-1994*
Pr. Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr. Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

ALISON Daniel .....Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....Cardiologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....Immunologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....Physiologie
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....Neurologie
COSNAY Pierre.....Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....Anatomie
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....Réanimation
FAUCHIER Laurent.....Cardiologie
FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....Rhumatologie
GRUEL Yves.....Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....Urologie
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie

HERAULT Olivier.....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....Pédiatrie
LAFFON Marc.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
QUENTIN Roland.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....Physiologie
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....Cardiologie
BERTRAND Philippe.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Épidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....Physiologie
SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
LEMOINE Maël.....Philosophie
MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire .....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie
LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

À Madame le Dr Agnès HÉLIE qui a accepté de m'encadrer pour ce travail. Merci pour ta disponibilité, pour tes précieux conseils qui m'ont permis de réaliser ce travail. Tu es dynamique, passionnée par ton travail et c'est toujours un plaisir de travailler avec toi.

À Messieurs les Professeurs Étienne DANQUECHIN-DORVAL, Philippe COLOMBAT, Emmanuel GYAN qui m'ont fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci infiniment de juger mon travail, j'espère être à la hauteur de vos attentes.

À Monsieur le Professeur Jean ROBERT, merci à vous d'avoir pris de votre temps personnel pour m'aider dans mes travaux. Vos précieux conseils m'ont permis d'avancer et je vous serai toujours très reconnaissante pour votre aide.

À mes maîtres de stage :

Merci au Docteurs Nathalie JAN, Philippe DUVAL, Alain LECALIER qui m'ont beaucoup appris durant mon dernier stage d'internat. Vous avez été parmi les premiers à répondre à mon questionnaire, je vous remercie pour votre soutien.

À ma famille :

À mon mari, merci pour le soutien que tu m'apportes depuis mes premières années de médecine. Tu as du faire beaucoup de sacrifices et malgré cela je sais que notre amour est encore plus fort.

À mes chers parents qui m'ont toujours poussé à aller plus loin, à gravir la montagne comme disait ma mère. Je vous serai toujours reconnaissante de tout ce que vous m'avez donné et apporté pour réussir. Ce qui m'importe c'est que vous soyez fiers de moi.

À ma sœur, même si tu vis loin de moi tu es toujours dans mon cœur à mes cotés. Merci pour ton soutien et ta gaieté.

À mes beaux parents, Francine et Bernard qui sont comme une deuxième famille pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir accueilli chez vous à de nombreuses reprises pour me permettre de travailler au calme. Merci pour vos délicates attentions, pour votre patience et votre générosité.

À mes amies :

À Léna, ma meilleure amie , nous nous connaissons depuis presque 10 ans maintenant. Nous avons partagé des moments merveilleux ensemble d'autres plus difficiles, nous nous sommes toujours soutenues. Je sais que je peux toujours compter sur toi et réciproquement.

A Amandine, mon amie de cœur, merci pour la douceur que tu nous apportes au quotidien, merci d'être ce que tu es, ne change pas.

À Mathilde, Claire, Marie…… mes autres amies de cœur, nous nous sommes rencontrées sur les bancs de la faculté, nous évoluons ensemble et évoquons nos expériences réciproques. Nous avons partagé nos peurs, nos doutes, nos appréhensions sur nos thèses respectives. C'est un bonheur de vous avoir et j'espère que notre amitié sera éternelle.

À tous les autres qui me soutiennent et qui me font la joie de leur amitié.

Aux médecins généralistes:

Je remercie tous les médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et même pour certains qui m'ont répondu personnellement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. LES SOINS PALLIATIFS

1. Historique

- Le concept de la mort d'un point de vue historique.
- L'avènement des soins palliatifs.
- Le cadre législatif en France.
- Les différents programmes de développement des soins palliatifs nationaux.

2. L'organisation des soins palliatifs
    1. En France
        - Les équipes mobiles de soins palliatifs.
        - Les unités de soins palliatifs.
        - Les lits identifiés de soins palliatifs.

    2. En région centre
        - Les équipes mobiles de soins palliatifs.
        - Les unités de soins palliatifs.
        - Les lits identifiés de soins palliatifs.

3. Les soins palliatifs et la médecine générale

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Problématiques
2. Objectif
3. Type d'étude
4. Recrutement de l'échantillon
5. Population
6. Critère d'inclusion
7. Critères d'exclusion

3. RÉSULTATS

1. Résultats quantitatifs descriptifs
2. Résultats quantitatifs par tri croisé

- Variable 1 : La formation des médecins généralistes.
- Variable 2 : L'organisation et les missions des LISP.
- Variable 3 : L'utilité des LISP.

4. DISCUSSION

1. Validité de l'étude
2. Les données socio-démographiques
3. Les soins palliatifs : quel avenir pour la médecine générale ?
   1. Le type de formation.
   2. Nombre de patients bénéficiant de soins palliatifs suivi en moyenne par an.
   3. Les variables socio-démographiques.
   4. La formation en soins palliatifs : un enjeu national.
4. Les LISP
   1. Connaissance des médecins généralistes sur les LISP.
   2. Connaissance des médecins généralistes sur l'organisation et les missions des LISP.
      - L'organisation des LISP.
      - Les missions des LISP.
      - L'utilité des LISP selon les médecins généralistes.
5. Les soins palliatifs à l'étranger
   1. La qualité de la mort.
   2. Le Royaume Uni.
   3. La Belgique.
   4. Le Québec.
   5. Entretien avec Mr Philip Larkin , président de l' European Association for Palliative Care.

5. CONCLUSION

INTRODUCTION

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. (1)

Les différents gouvernements qui se sont succédés ont eu comme principaux objectifs de développer la démarche palliative en favorisant l'accès aux soins avec la mise en place d'un réseau et de renforcer les compétences des médecins, des soignants intervenant dans les services fréquemment confrontés à la fin de vie.

Ainsi depuis la circulaire n°2002-98 du 19 février 2002 une organisation interne de la démarche palliative dans les établissements de santé s'est mise en place avec la création des unités de soins palliatifs , des équipes mobiles et des lits identifiés de soins palliatifs.
Nous nous intéressons actuellement aux lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Une des nombreuses fonctions de ces lits est de répondre à des demandes extérieures au service et/ou à l'établissement pour des cas complexes, émanant du domicile ou d'autres structures, permettant ainsi d'éviter ou de raccourcir le passage systématique dans différents services (urgences …).
Ces lits doivent également assurer une continuité dans la prise en charge palliative quand elle devient trop lourde et qu'il y a nécessité d'un répit temporaire par exemple. (2)

Le vieillissement de la population ainsi que la chronicisation des pathologies ont favorisé le développement des soins palliatifs. La prise en charge globale du patient améliore sa qualité et son confort de vie. Ainsi les soins à domicile se sont démocratisés et sont devenus indispensables.

Le médecin généraliste a un rôle prépondérant de coordinateur avec les différents réseaux et équipes de soins qui interviennent. Cette coopération n'est pas toujours simple. En effet quand la situation se dégrade les interlocuteurs peuvent être difficilement joignables.
Une des solutions est donc d'adresser les patients directement aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Mais cette situation n'est pas confortable autant pour le patient que pour le médecin. Cette dite continuité des soins promulguée par les pouvoirs publics n'est alors plus respectée.

Selon l'Observatoire national de la fin de vie à partir de données hospitalières, 238 150 patients décédés en 2009 présentaient une pathologie dont l'évolution nécessitait la mise en place de soins palliatifs.
118 000 ont pu bénéficier d'une prise en charge palliative dont 18 % ont été accueillis dans une unité de soins palliatifs et 39 % dans un lit identifié de soins palliatifs. 42 % ont été pris en charge en soins palliatifs dans des lits standards.
A noter qu'en 2010 14 742 décès sont survenus dans des services d'urgence dont 64 % des patients ont été hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution nécessitait des soins palliatifs.
Plus de la moitié de ces patients sont décédés le jour même de leur hospitalisation. (3)

Durant mon internat j'ai eu l'occasion de travailler dans un service de soins de suite et de réadaptation qui bénéficiait de 4 lits identifiés de soins palliatifs. J'ai trouvé qu'il était intéressant qu'un hôpital de proximité puisse proposer et assurer une prise en charge adéquate en fonction des besoins du patient. Le service était organisé et il n'y avait pas de rupture de soins dans leur prise en charge.

Cependant un des éléments qui m'a interpellé est le fait que la majorité des patients étaient adressés des services de médecine ou d'urgence. Quasiment aucun patient n'était admis depuis son domicile. Pourtant il est précisé dans la circulaire du 19 février 2002 qu' un des objectifs des lits identifiés de soins palliatifs est la continuité des soins et qu'il faut éviter un passage dans le service des urgences quand il n'est pas souhaité ni souhaitable.

Je me suis donc demandé pourquoi les médecins généralistes n'adressaient pas directement leurs patients requérant une prise en charge palliative et nécessitant une hospitalisation dans les services bénéficiant des lits identifiés de soins palliatifs (Médecine Chirurgie Obstétrique et Soins de Suite et de Réadaptation) de l’hôpital le plus proche.

Face à ce constat nous avons réalisé une enquête descriptive prospective auprès des médecins généralistes dans le département de l'Indre et Loire.

L'objectif principal de cette étude est de connaître les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des Lits Identifiés de Soins Palliatifs situés dans les différents établissements de santé du département.

1. LES SOINS PALLIATIFS.

1.1 Historique.

L'évolution de la médecine depuis plusieurs années permet d'améliorer chaque minute, chaque seconde le confort des patients. Le vécu de la maladie n'est plus le même qu'il y a 30 ans. Cependant ces progrès sont à double tranchant puisque leur principal but est de prolonger la vie au maximum.

Cette hyper-technicisation entraîne une augmentation de l'espérance de vie et donc une population vieillissante qui se meurt à petit feu. En effet malgré toutes ces avancées technologiques notre médecine actuelle se consacre majoritairement aux soins curatifs, la culture palliative est encore disparate voir inégale sur notre territoire. Comme si l'on devait opposer technique et humanité alors que c'est l'harmonie entre les deux qu'il faudrait provoquer.

C'est ainsi que le rapport SICARD réalisé en 2012 constate l'application insuffisante des différents textes de loi concernant l'accès aux soins palliatifs et relative aux droits des malades et met en avant les inégalités existantes au moment de la fin de vie. (4)

Le concept de la mort d'un point de vue historique.

Le phénomène de la mort dans la société a provoqué des modes d'organisation et de pratiques sociétales qui ont beaucoup évolué au cours des siècles. En effet les historiens et les anthropologues nous démontrent que ce concept s'est modifié passant de la notion de mort familiale au moyen age à une mort cachée vers la fin du XXe siècle.

A l'époque du moyen âge la mort fait partie de la vie quotidienne, elle est partagée par la famille et les rites funéraires sont au cœur du processus.

Dès la seconde moitié du XIX siècle s'installe une laïcisation des attitudes face à la mort. Le médecin remplace le prêtre dans les derniers instants d'accompagnement du mourant. Ainsi il apparaît progressivement un déplacement des lieux de fin de vie vers les hôpitaux et les institutions médico-sociales avec d'autre part une disparition des rituels face à la mort. « La mort et la douleur sont d'autant moins acceptées qu'elles sont moins collectives.

En simplifiant les choses, on pouvait dire que le temps semble venu d'une négociation entre l'individu et sa mort , qui n'est plus vécue seulement comme une fatalité naturelle ou divine. Dans cette demande de mort, la médecine est désormais sollicitée à la fois pour retarder l'échéance et pour adoucir les derniers instants. »(5)

L'avènement des soins palliatifs.

Une française Mme Jeanne GARNIER a illustré pour la première fois le mot hospice (du latin « hospes » qui signifie hôte). Elle fonde en 1842 les « Dames du Calvaire » qui accueillent et accompagnent les mourants.
En 1879 le concept des hospices se développe Outre Atlantique avec l'ouverture du Lady's hospice à Dublin. (6)

L'ère moderne caractérisée par la rationalisation de la prise en charge des patients débute en 1967 à Londres sous l'impulsion de Dame Cicely SAUNDER avec l'ouverture du Saint Christopher Hospice. Elle démontrera par ses travaux qu'il est possible de soulager la douleur en administrant de façon régulière de la morphine, ainsi sont conçus les premiers protocoles antalgiques.

Parallèlement le Dr Elisabeth KUBLER ROSS d'origine suisse émigrée aux États-Unis deviendra célèbre avec son ouvrage « Les derniers instants de la vie ».
Elle y décrit le parcours psychologique des malades en fin de vie en révélant plusieurs stades de leur cheminement : le choc à l'annonce du diagnostic, le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Cette approche de la médecine à travers la mort est novatrice, elle s'attirera pour cela les foudres de la communauté scientifique.(7)

En 1975 le Professeur MOUNT crée la première unité de soins palliatifs au Royal Victoria Hospital de Montréal au Canada qui deviendra très célèbre. [8]

Le cadre législatif en France.

La circulaire LAROQUE de 1986 est un document fondateur en France et prévoit « la création d'un petit nombre d'unités spécialisées dans les services hospitaliers à taux élevé de mortalité, de lits réservés aux cas difficiles, nécessitant d'autant plus le recours aux techniques palliatives. » (9)

En 1987 la première unité de soins palliatifs (USP) voit le jour à l'hôpital international de la cité universitaire à Paris grâce au Dr ABIVEN.

La loi n°91-748 du 31/07/1991 portant sur la réforme hospitalière atteste à l'article L 711-4 que « les établissements de santé garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ». Les patients doivent pouvoir bénéficier de soins préventifs, curatifs, palliatifs que requiert leur état. La continuité des soins sera assurée à l'issue de leur séjour. (10)

La circulaire DGS-DH n° 95-22 du 06/05/1995 relative aux droits des patients comporte une charte du patient hospitalisé. Il faut désormais « obtenir par le biais d'une bonne information le consentement du patient » et dans la mesure du possible « sa participation aux choix thérapeutiques ». (11)

La circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24/09/1998 concerne la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé public et privé. (12)

L'article 1 de la loi du 09/06/1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs réaffirme « le droit d'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement » en caractérisant les soins palliatifs comme « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire » en institution ou à domicile, ceci visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. (13)
« Art. L. 711-11-1. - Les établissements publics de santé et les établissements privés de santé participant au service public hospitalier organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-10. Le projet d'établissement arrête une organisation compatible avec les objectifs fixés dans les conditions des articles L. 712-3 et L. 712-3-1 ».

La circulaire du 19/02/2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi du 09/06/1999 développe trois dispositifs spécifiques :
- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).
- les unités de soins palliatifs (au moins une par région).
- les lits identifiés de soins palliatifs (LISP).

Cette nouvelle organisation a pour but d'optimiser la réponse à une demande spécifique croissante. Des exigences sont requises telles que la formation des personnels, la présence d'un médecin référent en soins palliatifs ou la mise en place de réunion de synthèse pluridisciplinaire.(2)

Le contexte législatif relatif aux droits des malades en général est marqué par deux innovations : la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades dite loi KOUCHNER (14) et la loi du 22/04/2005 dit loi LEONETTI relative aux droits des patients en fin de vie [(15)] complétée par les décrets du 06/02/2006 concernant les directives anticipées.
La loi instaure une nouvelle obligation pour les établissements de santé qui est d'inscrire dans leur projet un volet dédié à l'activité palliative des services.

La circulaire DHOS/CNAMTS/2008/100 du 25/03/2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs est venue préciser le principe de graduation des soins ainsi que les référentiels d'organisation pour chacun des dispositifs hospitaliers : LISP et EMSP. (16)
Les trois niveaux de soins en établissement de santé se distinguent désormais en fonction de la complexité des prise en charge :
- au premier niveau : un accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans LISP.
- au deuxième niveau : un accompagnement palliatif au sein d'un service disposant de LISP.
- au troisième niveau : les USP.

Enfin l'instruction DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15/07/2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD a précisé le rôle des EMSP dans le développement de la démarche palliative en EHPAD.

Les différents programmes de développement des soins palliatifs nationaux.

1999-2001: « L'objectif de ce plan triennal est de créer et de diffuser une culture des soins palliatifs. Les axes principaux sont : le recensement de l'offre de soins palliatifs existante notamment l'offre assurée par des associations de bénévoles, le renforcement de l'offre de soins et la réduction des inégalités entre régions, le développement de la formation des professionnels et de l'information du public, le soutien à la prise en charge à domicile. (17)

2002-2005: Ce plan a pour priorité le développement des soins palliatifs à domicile en même temps qu'il renforce les dispositifs existants en les spécifiant. (18)

Plusieurs années séparent le deuxième plan du troisième programme de développement des soins palliatifs. Mais dans cet intervalle, le plan cancer *2003-2007* a contribué au développement de la politique de soins palliatifs tant du point de vue des objectifs à atteindre que des moyens de financement. (19)

En *2006* le comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie est installé par le Ministre de la Santé a eu pour mission de proposer une nouvelle politique nationale de développement des soins palliatifs. Ses travaux ont conduit en 2008 à adopter un troisième programme de développement quinquennal de soins palliatifs pour la période *2008-2012* articulé autour de trois axes : poursuivre le développement de l'offre hospitalière et favoriser l'essor des dispositifs extra-hospitaliers, élaborer une politique de formation et de recherche, renforcer l'accompagnement offert aux proches. (20)

Le plan national triennal *2015-2018* a pour objectifs d'informer le patient, lui permettre d’être au centre des décisions le concernant, de former les professionnels de santé, de soutenir la recherche, de favoriser les soins palliatifs à domicile y compris dans les établissements sociaux , médico-sociaux, et de garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous. (21)

Par ailleurs c'est à la suite de ce plan que le Centre national des Soins Palliatifs et de la fin de vie est crée en 2016. Il regroupe l'Observatoire national de la fin de vie et le Centre national de ressources de Soins Palliatifs.

1.2 L'organisation des soins palliatifs.

En France

Les équipes mobiles de soins palliatifs.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé.

L'équipe mobile a pour but de faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation qu'ils disposent ou non de LISP.

Elle participe à la continuité des soins palliatifs au sein de l'établissement et au sein du territoire qu'elle dessert lorsqu'elle intervient à l'extérieur de l'établissement, ainsi qu'a la permanence téléphonique.

En 2012 ont été dénombrés 428 EMSP sur le territoire versus 353 en 2010. 133 168 patients ont pu bénéficier de ce dispositif en 2012 [(22)]. Il existe cependant des inégalités inter-régionales.

Les Unités de soins palliatifs.

Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Les USP assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche.
L'USP est une structure spécialisée qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences scientifiques, telle est la définition inscrite dans la circulaire du 25 mars 2008.

En 2012 il existait une répartition inégale de l'offre de soins d'après l'étude de Lucas MORIN et Régis AUBRY cité précédemment. On dénombrait 124 USP qui totalisaient 1424 lits en France métropolitaine et dans les DOM. Après ajustement des effectifs de population, le nombre de lits d'unité de soins palliatifs rapporté à 100 000 habitants variait de 0,4 à 5,2 lits selon les régions.
Certaines régions comme le Limousin, les Pays de la Loire, l'Auvergne ont une plus faible disponibilité des lits d'USP mais qui est compensée par un taux d'équipement en LISP plus élevé que la moyenne. A l'inverse la Bretagne, le Nord Pas de Calais sont marqués par une forte implantation d'USP. Certaines régions apparaissent déficitaires sur l'ensemble de la filière de soins palliatifs : la haute Normandie, l'Aquitaine, le Poitou Charentes.(22)

Les lits identifiés de soins palliatifs.

D'après la circulaire du 25/03/2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, les LISP se situent dans des services (établissements publics et privés) qui sont confrontés à des fin de vie ou à des décès fréquents mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. Ils permettent d'assurer une prise en charge de proximité.
Les soins sont prodigués, le cas échéant par les mêmes équipes ayant pris en charge les soins curatifs des patients assurant ainsi la continuité entre ces différentes formes de prise en charge.

Les LISP font appel à des équipes médicales et paramédicales formées aux techniques des prises en charge palliatives et mettent en œuvre, dans un cadre adapté, les recommandations de bonne pratique en matière de soins palliatifs.
Les établissements concernés s'obligent dans ce cadre à autoriser la présence des proches et à favoriser l'action des bénévoles d'accompagnement.

L'ensemble de ces éléments inscrit les LISP dans le respect de la démarche palliative. Les lits identifiés de soins palliatifs permettent d'assurer la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins palliatifs, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe en termes de clinique ou d'éthique, et ne rendant donc pas nécessaire le recours systématique à une expertise ou un plateau technique.

Les LISP ont des missions de soins et d'accompagnement des proches. En dehors des activités dévolues aux référents soins palliatifs des LISP, ces missions se déclinent dans la pratique de l'ensemble des soignants du service par :
- la prise en charge de malades relevant de la spécialité du service ; cette prise en charge intègre la démarche palliative.
- l'accueil de malades relevant de soins palliatifs, extérieurs au service, dans le cadre de la collaboration avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou les réseaux de soins palliatifs par exemple.
- l'écoute et l'accompagnement des proches.
- la participation éventuelle aux groupes d'analyse des pratiques et/ou groupes de parole.
- le soutien des proches avant, pendant et après le décès (respect des rites mortuaires, aide aux démarches administratives, accompagnement systématique des personnes endeuillées...). Une attention particulière est portée au respect des corps des patients décédés.
- la mise à disposition d'un document récapitulatif des différents rites.
- la procédure de présentation des corps possible dans la chambre avant transfert dans une chambre mortuaire.
- la réalisation conforme aux bonnes pratiques de la toilette mortuaire et de l'habillement du mort le cas échéant.

Par ailleurs les LISP s'inscrivent dans une organisation graduée des soins palliatifs et se conçoivent dans un esprit de mutualisation des compétences et des moyens.
Les établissements de santé disposant de LISP ont vocation à participer à un réseau de santé de soins palliatifs, de cancérologie ou de gérontologie.

L'organisation du service doit permettre, si les personnes le souhaitent :
- l'intervention d'un psychologue auprès des patients concernés ou leurs proches.
- l'intervention d'un assistant de service social auprès des patients concernés ou leurs proches.
- l'intervention de bénévoles d'accompagnement auprès des patients et de leurs proches accueillis.
- ainsi que des visites libres aux patients, sans horaires prédéfinis, et des échanges entre membres de l'équipe, proches et bénévoles d'accompagnement.
- et l'accueil direct de patients en situation de crise.

La pluridisciplinarité est nécessaire pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'adaptation du projet de soins aux besoins du patient et de ses proches.
L'organisation retenue pour les LISP doit donc identifier et réserver des temps partagés en équipe consacrés aux échanges d'informations et aux synthèses cliniques. Les modalités de soutien envisagées pour l'équipe (groupe de parole et/ou d'analyse des pratiques, réunions d'analyse de cas...) doivent être définies. Le recours à une supervision individuelle doit être possible.

Ces lits qui font l'objet d'une procédure de « reconnaissance contractuelle » par l'ARS via le CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyen) de l'établissement et sont financés selon des modalités avantageuses qui doivent leur permettre de bénéficier d'un renfort de personnel pour assurer une prise en charge spécifique.

L'évaluation de la charge de travail spécifique mise en œuvre dans les LISP justifie qu'un renfort de temps de personnel soit accordé pour aider à la prise en charge des patients (augmentation du ratio d'infirmier ou d'aide soignant de 0,30 ETP par rapport au lit standard).

L'ensemble des personnels du service disposant de LISP concerné doit bénéficier d'une formation en soins palliatifs, connaître la démarche palliative et sa mise en œuvre telle que décrite dans le guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, connaître et mettre en application les éléments du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs.

Le ou les référents en soins palliatifs doivent avoir une expérience pratique dans une équipe spécialisée en soins palliatifs (USP ou EMSP) et s'inscrire dans une démarche de formation continue, une formation approfondie en soins palliatifs accompagnée d'un diplôme de type inter universitaire (DIU), ou d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) "médecine de la douleur et médecine palliative".

Un référent « soins palliatifs » médecin et un référent soignant sont identifiés dans le service concerné. Ils ont un rôle particulier en matière de coordination et sont plus particulièrement chargés :
- des entretiens de concertation décisionnelle, en s'inscrivant dans une démarche d'équipe.
- des recours et des formations concernant les entretiens d'annonce ou d'explication pour les patients, en lien étroit avec les autres médecins intervenant dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, cancérologue, autre spécialiste…).
- des entretiens d'annonce ou d'explication pour les proches.
- de l'articulation avec les autres équipes participant à la dynamique des soins de support, et plus généralement des liens avec l'équipe mobile de soins palliatifs, l'unité de soins palliatifs (USP), la consultation douleurs, l'équipe diététique.
- de l'organisation des hospitalisations de repli en LISP ou en USP (lorsque la prise en charge n'apparaît plus adaptée respectivement à domicile ou en LISP), ou d'une hospitalisation de répit (quand les professionnels ou les aidants éprouvent le besoin de « faire une pause »).

Concernant les critères d'admission la décision d'accueillir un patient dans un LISP s'effectue avec l'avis conjoint de la personne malade ou de ses proches, du médecin prenant en charge habituellement le patient, du médecin « référent » du service.

L'admission doit s'appuyer sur une évaluation globale médico-psychosociale du patient. Elle donne lieu à un projet de soins individualisé, évolutif, inscrit dans le dossier médical. La décision de sortie du patient est prise sur les mêmes bases.

Les LISP doivent pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-hospitalière d'une équipe mobile de soins palliatifs. L'articulation des LISP avec les autres structures, et en particulier les équipes mobiles de soins palliatifs qui représentent des partenaires privilégiés, doit être formalisée. En cas de difficultés, le recours aux EMSP doit être suffisamment anticipé pour éviter les situations de souffrance des patients, des proches, des personnels.

La signature de conventions définissant les modalités de coopération avec les acteurs du maintien à domicile (hospitalisation à domicile, associations d'aides à domicile, services de soins infirmiers à domicile), les réseaux de santé, les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes ou non ou d'autres établissements médico-sociaux est nécessaire, afin notamment d'assurer des conditions satisfaisantes de retour du patient à son domicile dans le respect du principe de continuité des soins et de son libre choix.
Ces conventions facilitent également les ré-hospitalisations (hospitalisations dites de repli) des patients à domicile ou pris en charge au sein d'une structure ou d'un service lorsqu'elles sont nécessaires.

Par ailleurs, la présence de bénévoles d'accompagnement au sein des services disposant de LISP est conditionnée par la signature préalable d'une convention entre l'association et l'établissement de santé.

Les lits identifiés peuvent relever d'une activité de court séjour, de moyen séjour ou de soins de longue durée. La nature des pathologies prises en charge dans le service et le nombre de situations de fin de vie qu'elle génère, la fréquence des décès, l'âge moyen des patients sont des critères à prendre en compte pour apprécier l'opportunité d'identifier des lits au sein d'une unité de soins.

L'identification des LISP est assurée par l'Agence Régionale d’Hospitalisation (ARH), et fait l’objet d’une contractualisation entre les établissements de santé et l’ARH dans la mesure où l’attribution de moyens supplémentaires s’avère nécessaire.

Un arrêté établit alors le nombre de LISP et un avenant au contrat pluriannuel d’objectif et de moyens précise la mobilisation des ressources humaines. Cette reconnaissance ouvre droit, lorsqu'il s'agit de lits de court séjour, à une tarification spécifique (GHS 7958).

En 2012 5525 LISP ont été dénombrés dans 848 établissements en France. Après ajustement des effectifs de population, le nombre de LISP rapporté à 100 000 habitants variait de 5,4 en région Provence-Alpes-Cotes-D'azur à 13,4 en région Limousin. (22)

En région Centre le taux d'équipement en LISP pour 100 000 habitants est de 13,23. (22)

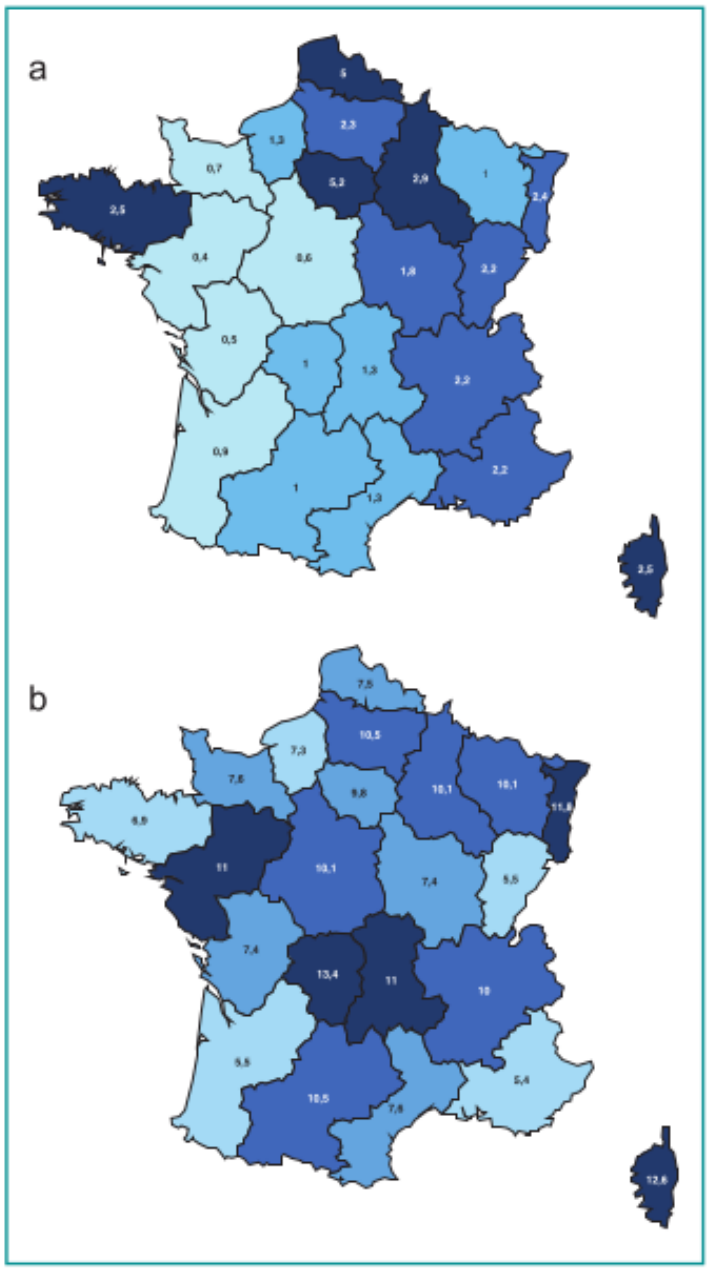


Figure 1. Taux d'équipement en lits de soins palliatifs par région, en France en 2012 : nombre de lits d'unités de soins palliatifs pour 100 000 habitants (population ajustée). Les plages de couleur indiquent la répartition des régions par quartile. a : nombre de lits d'unités de soins palliatifs, rapportés à la population ajustée ; b : nombre de lits identifiés de soins palliatifs, rapportés à la population ajustée.
Regional variation in the density of palliative care beds in France, 2012.
Ministère chargé de la santé : statistique annuelle des établissements, données administratives ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [9].

Illustration 1: Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France: de fortes inégalités entre régions. Médecine Palliative Soins Support-Accompagnement-Éthique. 2015;14(3):142–151.

En région Centre.

Le réseau de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire est un réseau qualifié de réseau de santé relevant du code de la santé publique. Il est conforme à la loi du 09/06/1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et son décret d'application du 19/02/2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Les objectifs du réseau sont de :
- promouvoir les soins palliatifs.
- favoriser le choix du patient concernant son lieu de vie et la proximité familiale dans une démarche de continuité des soins.
- proposer un soutien aux personnes intervenant auprès des patients (professionnels de santé, aidants) et accompagner les proches notamment lors de la période de deuil.
- permettre aux patients et aux professionnels de pouvoir accéder aux équipes ressources du réseau (USP, PALLIENCE, équipes mobiles).
- coordonner les équipes et les soignants, favoriser les liens entre les acteurs en soins palliatifs quel que soit leur lieu d'exercice.
- organiser des formations pour les acteurs du réseau.
- soutenir méthodologiquement les institutions qui souhaiteraient développer des formations aux soins palliatifs dans leur structure en proposant notamment des formations.
- diffuser des pratiques de soins palliatifs et la culture de l'accompagnement auprès des professionnels de santé et de la population générale.
- communiquer autour des notions de douleur, de souffrance, de mort, de deuil et d'éthique.

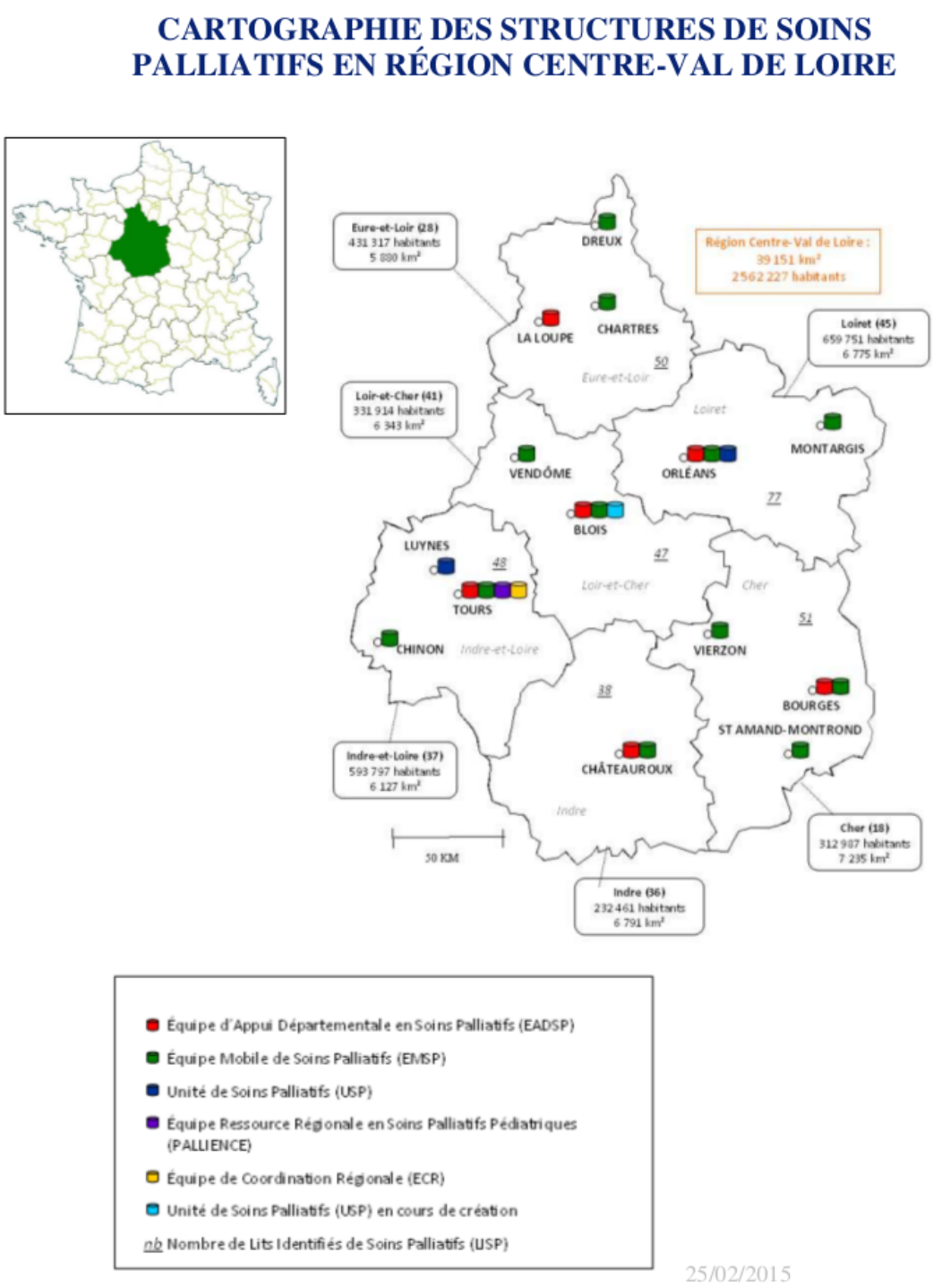


Illustration 2: Réseau de Soins Palliatifs en région Centre Val de Loire

Les équipes mobiles de soins palliatifs.

Nous bénéficions de 18 EMSP dont :
- 12 équipes mobiles intra-hospitalières situées à Dreux, Chartres, Vendôme, Orléans, Blois, Montargis, Tours, Chinon, Châteauroux, Vierzon, Saint Amand Montrond, Bourges qui interviennent strictement dans le centre hospitalier de référence.
- 6 équipes mobiles extra-hospitalières appelées EADSP (Équipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs). Elles interviennent au domicile, dans les structures médico-sociales, EHPAD et d'accueil des personnes handicapées, ainsi que dans tous les établissements de soins sans EMSP (hôpital local, clinique, CH ...)

En Indre et Loire il existe 2 EMSP intra-hospitalières localisées au CHU de Tours et au CH de Chinon et 1 EADSP 37.

Il existe également parmi les équipes mobiles , l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques de la région Centre (PALLIENCE) et l'Équipe de Coordination Régionale qui a pour mission de mettre en œuvre les objectifs du réseau de soins palliatifs (ECR). (23)

Les Unités de soins palliatifs.

Il existe 2 USP se situant au CHRU de Tours et au CHR d'Orléans. Ces unités sont composées de 10 lits. Par ailleurs 2 nouvelles USP sont en cours de création, au CH de Bourges et celui de Blois. (23)

Les lits identifiés de soins palliatifs.

En 2015 il existait 334 LISP en région Centre dont 56 en Indre et Loire. La répartition de ces derniers était la suivante : 52 lits en MCO (médecine chirurgie obstétrique) et 4 en SSR (soins de suite et de réadaptation).

Un des objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2012-2016 était l'harmonisation du taux d'équipement sur chaque territoire. De nouveaux critères ont été mis en place comme la reconnaissance en LISP qui a été limitée pour 5 ans. L'attribution des LISP était également limitée aux services dont le taux de décès était élevé et à 6 par service. (24)

La répartition des LISP en Indre et Loire est la suivante :
- Clinique de l'Alliance : 9 lits de MCO
- CHRU Tours : 20 lits de MCO (Hépato-gastro-entérologie, CORAD, Hématologie, Médecine Interne Gériatrique, Oncologie médicale, Pneumologie)
- CH Chinon : 9 lits (4 lits de SSR + 5 de MCO)
- Pole Santé Léonard de Vinci (PSLV) : 18 lits de MCO

Le taux d'équipement en LISP en 2015 pour 100 000 habitants était de 9,33 pour un taux d'équipement en région Centre de 12,99. (23)

3.3 Les soins palliatifs et la médecine générale.

D'après une thèse réalisée en 2013 les médecins généralistes de Guadeloupe avouaient se sentir en difficulté concernant la prise de décision thérapeutique de leur patient bénéficiant de soins palliatifs. Les limites de l'obstination déraisonnable sont parfois compliquées à cerner.
Leur souhait était de pouvoir être formés en soins palliatifs pour pouvoir agir en conséquence. Par ailleurs la solitude était le deuxième argument concernant les difficultés de la prise en charge. La démarche palliative s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire. (25)

En 2007 une étude prospective dans le cadre d'une thèse a été réalisée concernant la prise en charge des patients en fin de vie au domicile par le médecin généraliste, dans le département de la Creuse. Elle relate le faible niveau de formation complémentaire en lien avec les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur. Les médecins généralistes insistent également sur le recours trop rare au travail en équipe pluridisciplinaire ou à des professionnels compétents en soins palliatifs. De plus les difficultés d'ordre émotionnelle sont aussi mises en avant. (26)

Un médecin généraliste suit en moyenne 4 ,4 patients bénéficiant de soins palliatifs par an, d'après la thèse de C.VANTOMME réalisée en 2007. (27)

Dans la thèse de DELATTRE.B et DENEUVILLE.B sur la prise en en charge des patients relevant de Soins Palliatifs en médecine générale 1/5e des médecins généralistes estimaient que leur manque de formation en Soins Palliatifs les gênaient dans leur pratique médicale. (28)
D'autre part il est retrouvé que les médecins généralistes se sentent en difficulté principalement la journée le week-end et le soir (20h-00h). (29)

Par ailleurs d'après une étude anglaise 60 % des médecins généralistes souhaitent l'accès aux équipes spécialisées 24h/24. Ce sentiment de solitude et de difficulté d'accès à un médecin référent est retrouvé de façon unanime. (30)

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.

2.1. Problématiques.

La culture palliative est une spécialité à part entière qui s'intègre peu à peu dans notre pratique médicale. C'est un véritable réseau de soins qui s'articule autour du patient. A l'extérieur de l'hôpital le médecin généraliste coordonne alors ce réseau, cette équipe de soins qui intervient. La communication, la coopération entre les différents interlocuteurs doivent se faire de façon fluide et efficace pour assurer une continuité des soins.

Plusieurs entités existent à l'hôpital telles que les USP, les LISP et les EMSP. Les LISP peuvent être une solution alternative quand il n'existe pas d' USP dans le centre hospitalier le plus proche.

Quand une hospitalisation devient nécessaire c'est souvent aux urgences de l'hôpital le plus proche que le patient est adressé. Mais la continuité des soins n'est alors plus assurée.

2.2. Objectif.

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des LISP se situant dans les différents établissements de santé du département.

2.3. Type d'étude.

Étude quantitative descriptive transversale réalisée à partir d' un questionnaire envoyé par mail auprès des médecins généralistes de l'Indre et Loire.

Dans un premier temps la méthodologie a été analysée avec l'aide du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de la faculté et notamment grâce au Pr Jean ROBERT et au Dr BAGOURD. Nous avons décidé de réaliser une étude quantitative à partir d'un questionnaire.

Le questionnaire initialement réalisé comportait 17 questions réparties en 4 rubriques : généralités (mode d'exercice, lieu d'exercice, formation sur les Soins Palliatifs..), pratique des médecins généralistes face aux Soins Palliatifs, connaissances des médecins généralistes sur les LISP (organisation et missions) et les besoins des médecins généralistes face aux LISP. L'ensemble des questions correspondait à des questions fermées, il y avait 2 questions ouvertes. Le questionnaire a été soumis à 3 médecins généralistes considérés comme experts afin d'en valider la pertinence, la compréhension et la faisabilité.

Dans un premier temps la partie concernant les besoins des médecins généralistes a été supprimée, en effet les données auraient été difficilement interprétables. Pour pouvoir remplir cette partie il fallait connaître les missions et l'organisation des LISP.
Le questionnaire était rempli en 10 minutes environ. L'intitulé d'une question a été modifié car celle ci était peu compréhensible. Pour les questions n°12, n°15 et n°16 nous avons rajouté un item « Je ne sais pas ». De plus la question n° 9 a été reformulée car elle portait à confusion. Pour la question n°14 les modalités de réponse ont été modifiées. Les deux dernières questions ont été ajoutées à la suite d'une remarque d'un des médecins.

Le questionnaire a été envoyé via l'URPS de la région Centre le 20/09/2016 avec une première relance le 18/10/2016. Une deuxième relance a été réalisée via une mailing liste privée, incomplète, le 07/12/2016.

2.4. Recrutement de l'échantillon.

Les questionnaires ont été envoyés par mail via un document Google à remplir. C'est grâce à l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de la région Centre (URPS-ML) que le questionnaire a pu être envoyé à tous les médecins généralistes du département de l'Indre et Loire et également grâce à l'obtention d'une mailing liste dans un deuxième temps.

2.5. Population.

504 médecins généralistes de l'Indre et Loire.

2.6. Critère d'inclusion.

La condition pour être inclus dans l'étude était d’être un médecin généraliste libéral installé dans le département d'Indre et Loire.

2.7. Critères d'exclusion.

Les médecins généralistes remplaçants ou non installés dans le département d'Indre et Loire étaient exclus de l'étude. De même que les médecins généralistes retraités ou ayant changé de spécialité.

3. RÉSULTATS

Les réponses au questionnaire ont été recueillies via un document Google.

Le questionnaire a été diffusé auprès de 504 médecins généralistes de l'Indre et Loire sur la période du 20 septembre au 24 décembre 2016. Nous avons obtenu au total de 86 réponses réparties selon le schéma suivant :

- 20 réponses obtenues après le premier envoi (20 septembre 2016),
- 41 réponses totalisées suite à la première relance (18 octobre 2016),
- 86 réponses au total soit 17 % de taux de réponses après la deuxième et dernière relance (07 décembre 2016).

3.1. Résultats quantitatifs descriptifs.

- Dans quel secteur exercez-vous ?

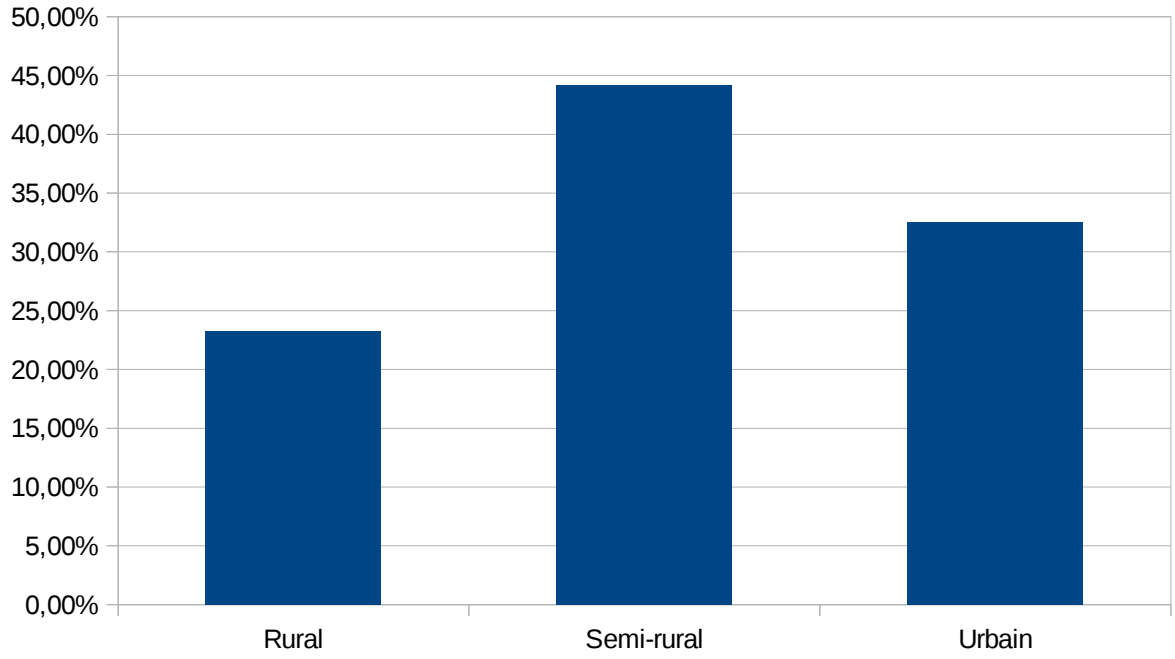


Figure 1 : Milieu d'exercice de la population étudiée (n=86).

La population étudiée est répartie en 3 secteurs:
- Semi Rural : 44,2% (n=38).
- Urbain : 32,6% (n=28).
- Rural : 23,3% (n=20).

- Depuis combien de temps êtes-vous installés?

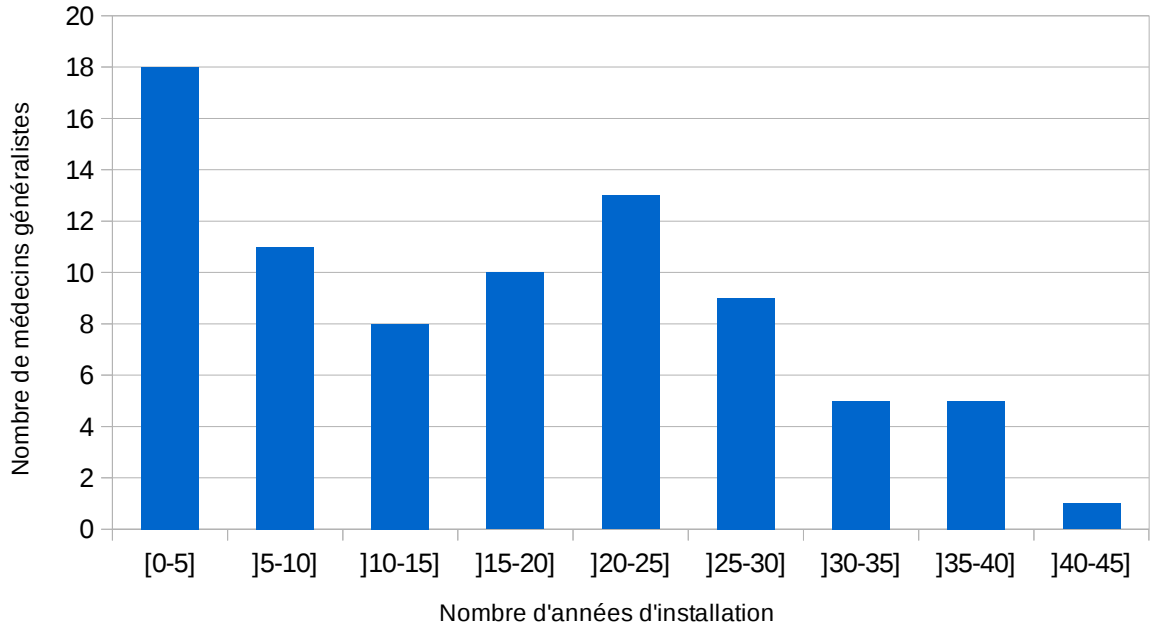


Figure 2 : Temps d'installation des médecins en années.

Les réponses étaient réparties entre 18 mois pour le minimum et 42 années pour le maximum. La moyenne était à 17,3 années d'installation.

- Quel est votre mode d'exercice ?

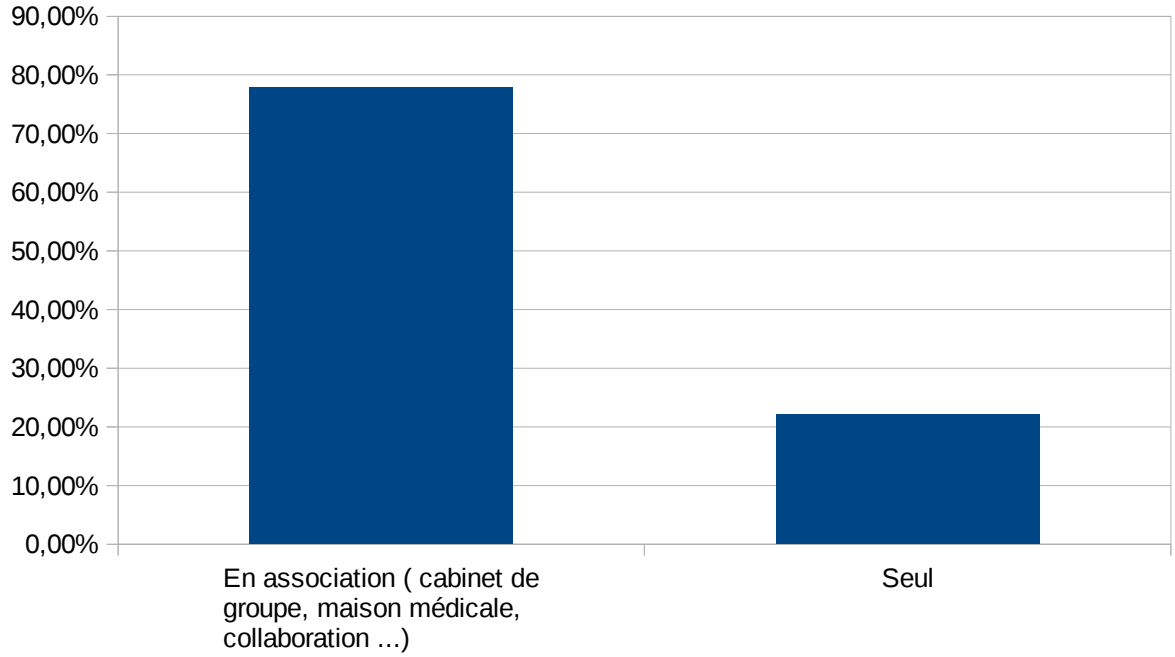


Figure 3 : Mode d'exercice des médecins généralistes (=86).

77,9 % (n=67) des médecins généralistes exercent en association et 22,1 % (n=19) qui exercent seuls.

- Avez-vous déjà participé à une formation sur les Soins Palliatifs ?

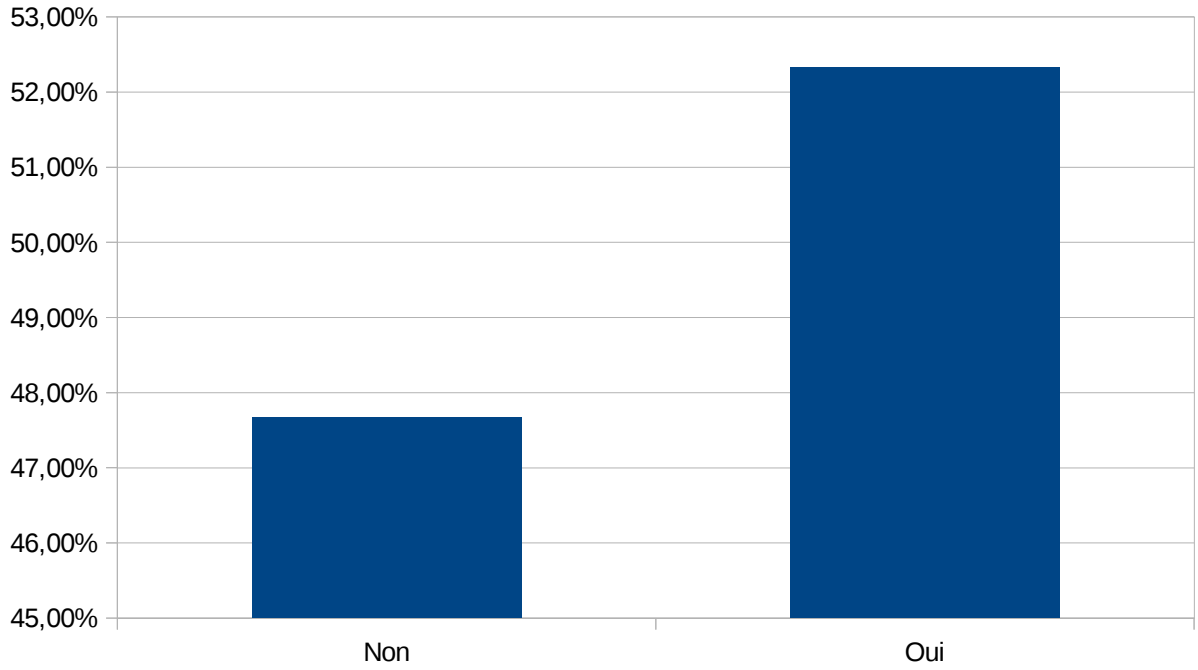


Figure 4 : Représentation de la formation en Soins Palliatifs des médecins généralistes (n=86).

52,3 % (n=45) des médecins généralistes déclarent avoir suivi une formation sur les Soins Palliatifs tandis que 47,7 % (n=41) n' y ont jamais participé .

- Si Oui Laquelle :

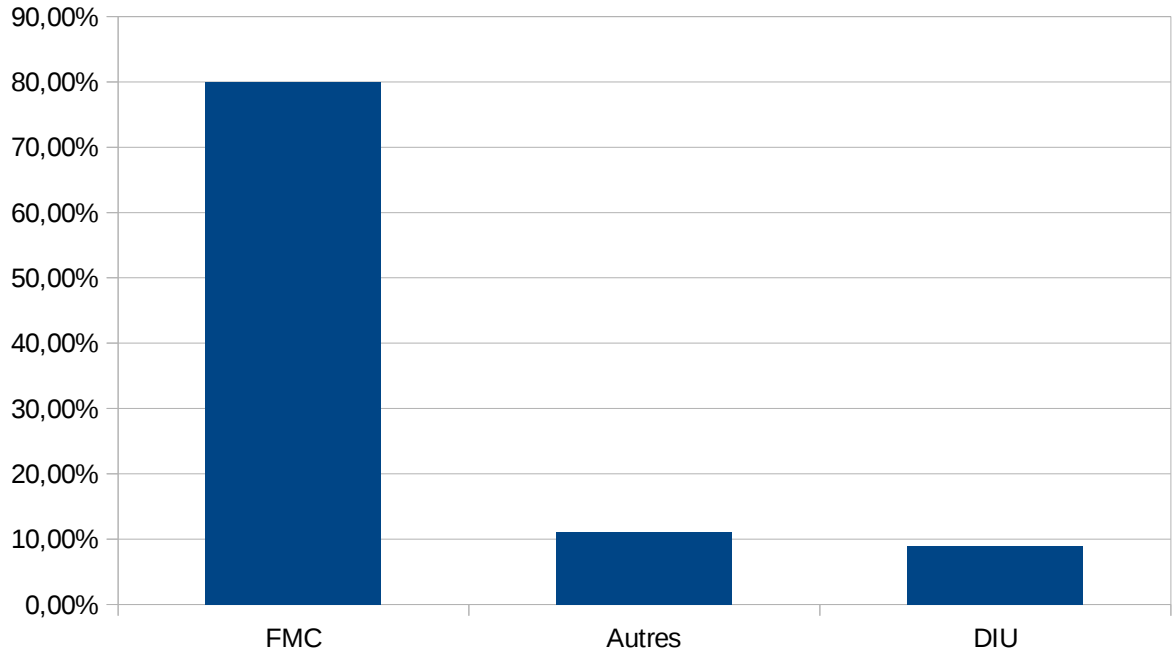


Figure 5 : Spécificité de la formation en Soins Palliatifs des médecins généralistes (n=45).

- 78,7 % (n=36) des médecins ont participé à une FMC.
- 12,8 % (n=5) des médecins ont fait d'autres types de formation comme la participation à un congrès de Soins Palliatifs, la réalisation pendant leur internat ou leur résidanat d'un stage en gériatrie, un week-end de formation.
- 8,5 % (n=4) des médecins possèdent un DIU.

- Les Soins Palliatifs font-ils partie de votre pratique médicale ?

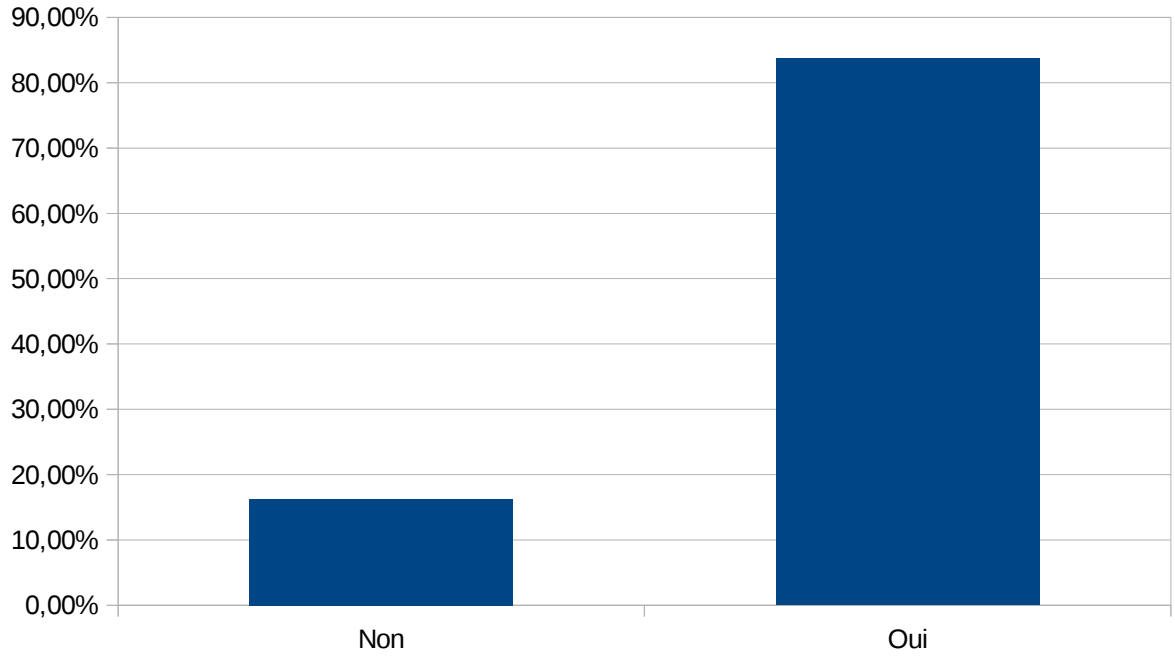


Figure 6 : Représentation de la pratique des médecins généralistes dans les Soins Palliatifs (n=86).

Pour 83,7 % (n=72) des médecins généralistes les Soins Palliatifs font partie de leur pratique médicale tandis que 16,3 % (n=14) ne les intègrent pas.

- Pouvez-vous estimer le nombre de patient bénéficiant de Soins Palliatifs que vous avez pris en charge durant ces 3 dernières années?

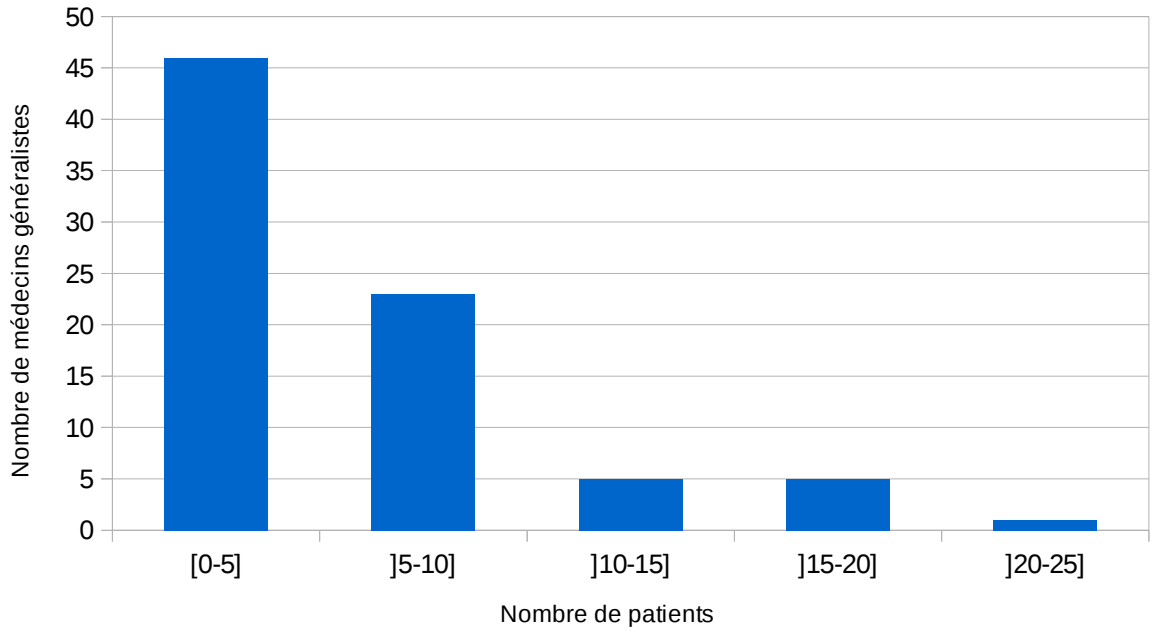
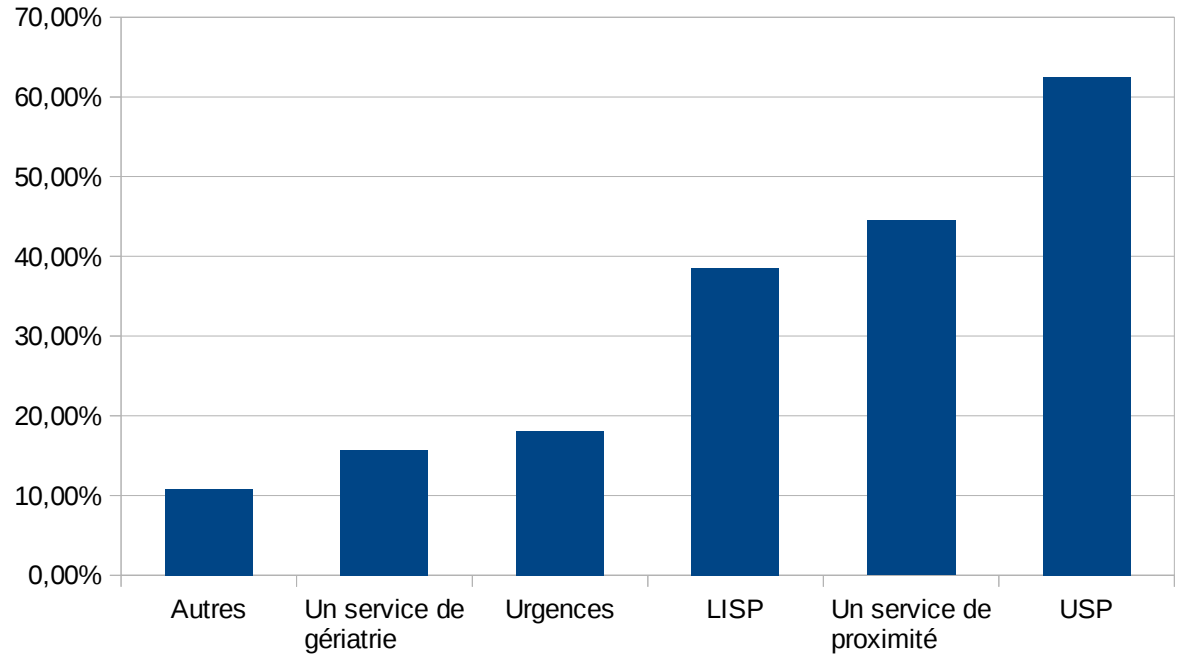


Figure 7 : Nombre de patients bénéficiant de soins palliatifs pris en charge durant les 3 dernières années (par médecin).

46 médecins généralistes affirment avoir pris en charge entre 0 et 5 patients, 23 médecins entre 5 et 10 patients, 5 médecins entre 15 et 20 patients et 1 médecin entre 20 et 25 patients.

- Quand vous avez besoin d'hospitaliser votre patient en Soins Palliatifs vers quelle(s) structure(s) l'orientez-vous ?

Cette question est à choix multiples, chaque item a été pris en compte séparément. Nous avons obtenu 158 réponses pour un nombre total de 83 médecins généralistes ayant répondu. Les pourcentages ont été effectués sur le nombre de médecins généralistes ayant répondu à la question ce qui correspond au pourcentage sur répondants.



USP: L'Unité de Soins Palliatifs dans laquelle le patient est suivi.
Un service de proximité: Un service dans lequel le patient est pris en charge pour sa pathologie.
LISP: Un service bénéficiant de LISP.

Figure 8 : Représentation de l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation vers les différents services (n=158).

- 62,5% (n=52) des médecins généralistes orientent leurs patients en USP (Luynes).
- 44,5% (n=37) vers le service de proximité dans lequel ils sont pris en charge pour leur pathologie.
- 38,5% (n=32) vers un service bénéficiant de LISP.
- 18,1 % (n=15) vers les urgences.
- 15,7% (n=13) vers un service de gériatrie.

Dans la catégorie Autres les médecins ont évoqué la possibilité d'hospitaliser les patients via un service de Soins de Suite et de Réadaptation ou l'intervention de l'HAD (Hospitalisation à domicile) pour 10,8 % (n=9) d'entre eux.

- Si vous avez besoin de conseils concernant la prise en charge de votre patient en Soins Palliatifs à qui demandez-vous ?

Cette question est à choix multiples. Nous avons obtenu 115 réponses pour un total de 84 répondants. Les pourcentages ont été effectués sur le nombre de répondants.

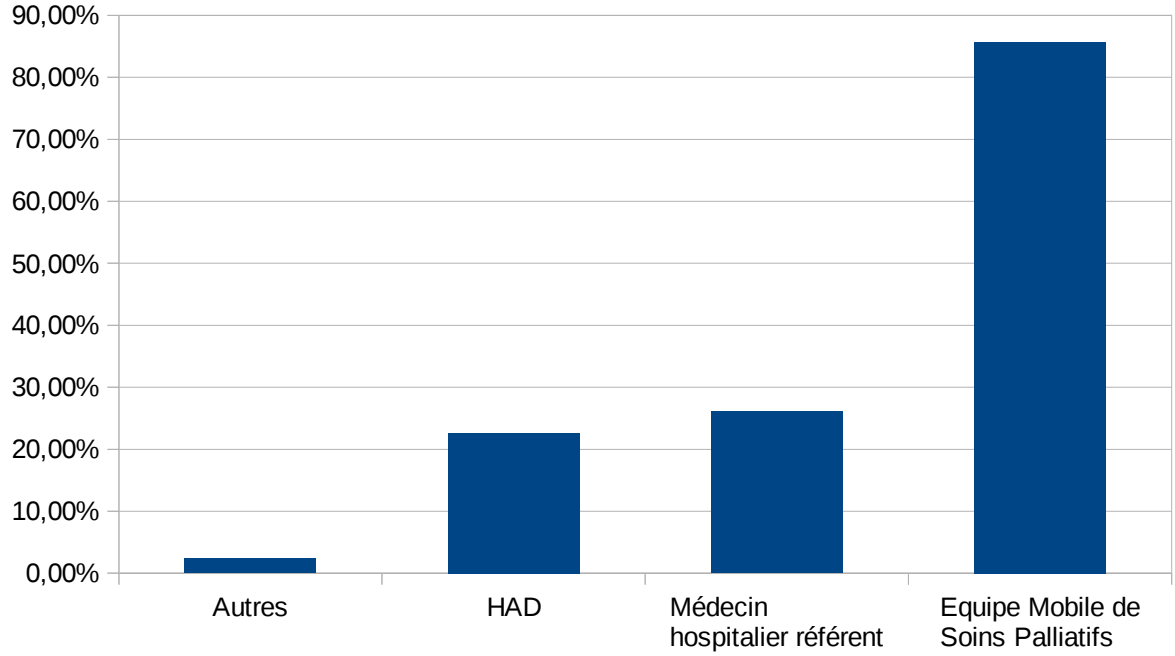


Figure 9 : Représentation des intervenants directs (n=115).

Les médecins généralistes demandent conseil en majorité à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs soit 85,7 % (n=72) des médecins, puis pour 26,1 % (n=22) d'entre eux au médecin hospitalier référent et 22,6 % (n=19) s'adressent à l'HAD.

Pour 2,4 % (n=2) des médecins il a été difficile de répondre à cette question puisque cela dépend pour eux du médecin qui a suivi le patient au début de la prise en charge.

- Connaissez-vous les LISP?

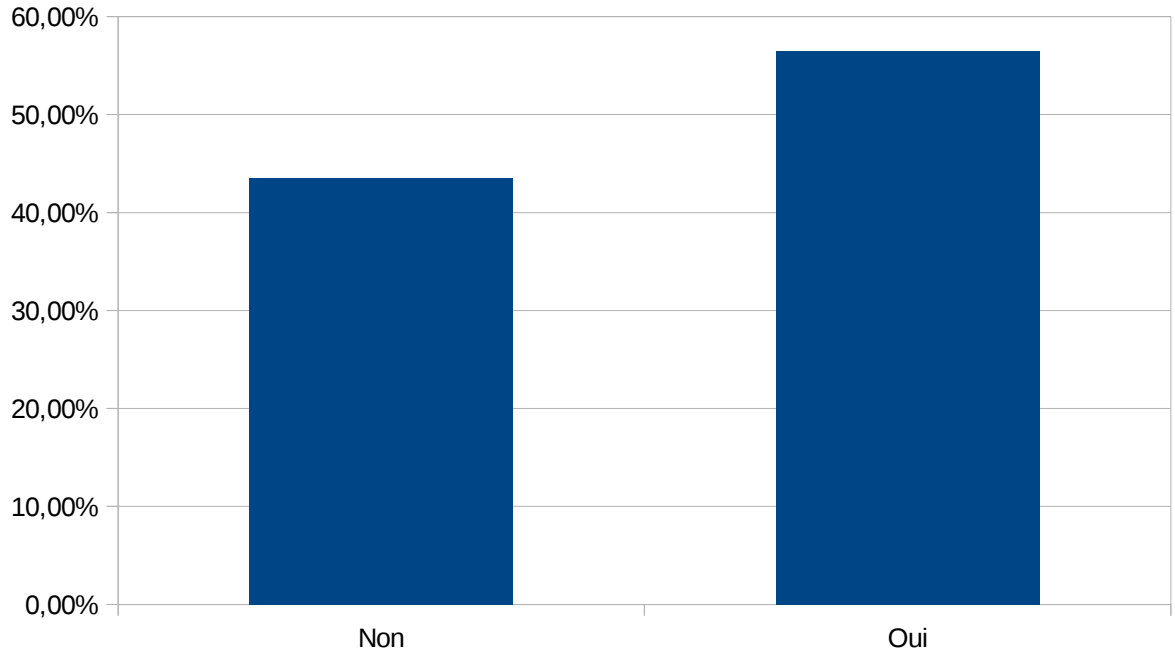


Figure 10 : État des connaissances des médecins généralistes sur les LISP (n=85).

56,5 % (n=78) des médecins généralistes affirment connaître les LISP tandis que 43,5 % (n=37) ne connaissent pas cette entité.

- Savez-vous où se trouvent les LISP les plus proches de votre cabinet médical ?

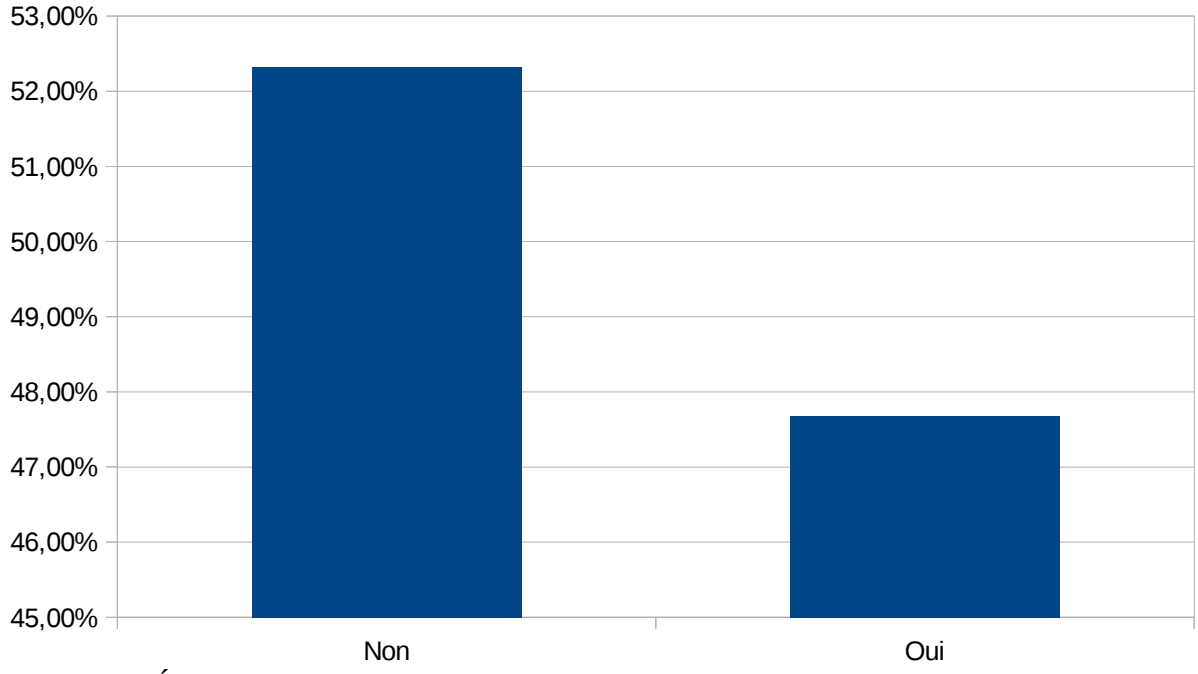


Figure 11 : État des connaissances des médecins généralistes sur la localisation des LISP se trouvant à proximité de leur cabinet médical (n=86).

52,3 % (n=45) des médecins généralistes affirment ne pas savoir où se situent les LISP les plus proches de leur cabinet médical tandis que 47,7 % (n=41) répondent favorablement à la question.

- D'après vous quels sont les différents modes d'entrée pour l'hospitalisation d'un patient dans un service bénéficiant de LISP ?

Cette question est à choix multiples. Les réponses ont été prises en compte séparément. 84 médecins généralistes y ont répondu sur un total de 136 réponses.

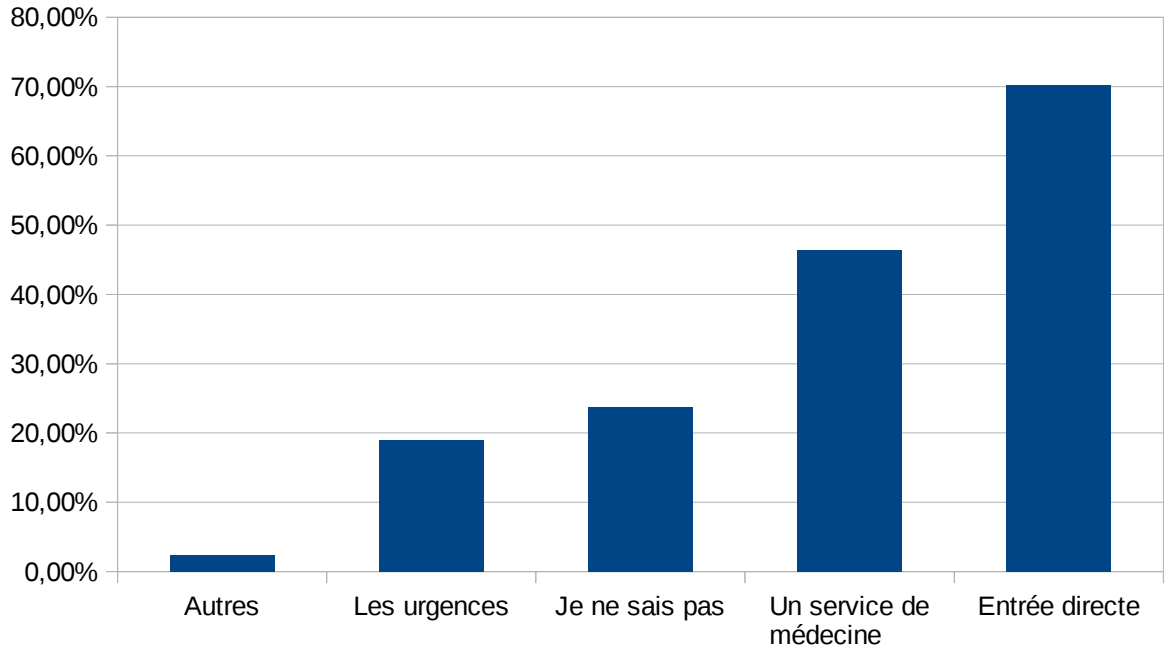


Figure 12 : Modes d'entrée pour l'hospitalisation d'un patient en LISP selon les médecins généralistes (n=136).

- 70,2 % des médecins généralistes affirment que l'un des modes d'entrée pour l'hospitalisation d'un patient en LISP peut se faire par une entrée directe dans le service (n=59).
- 46,4 % via un service de médecine (n=39).
- 19 % via les urgences (n=16).
- 23,8 % ne savent pas (n=20).

La réponse Autres inclue une entrée grâce à l'aide de l' EMSP soit 2,4 % des médecins (n=2).

- Avez-vous été amené à hospitaliser votre patient en Soins Palliatifs dans un service possédant des LISP ?

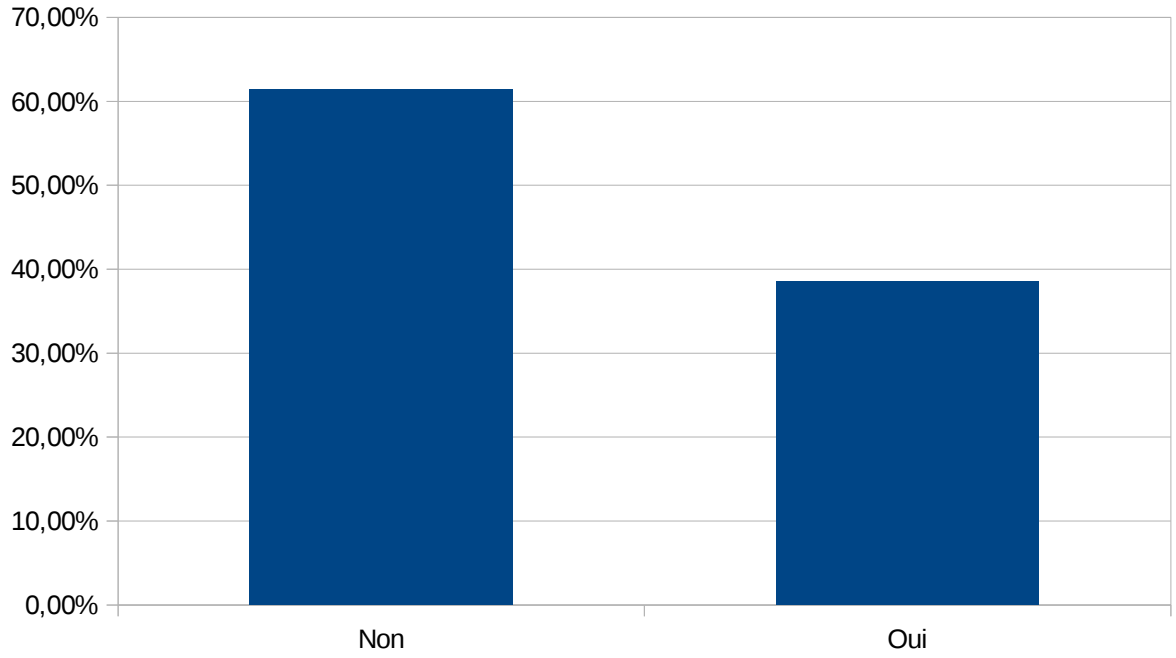


Figure 13 : Représentation de l'hospitalisation des patients bénéficiant de Soins Palliatifs dans un service possédant des LISP (n=83).

Seulement 38,6 % (n=32) des médecins généralistes affirment avoir déjà hospitalisé des patients dans un service possédant des LISP tandis que 61,4 % (n=51) des médecins n'ont jamais pris cette décision.

- Êtes vous satisfait de la prise en charge de vos patients hospitalisés en LISP ?

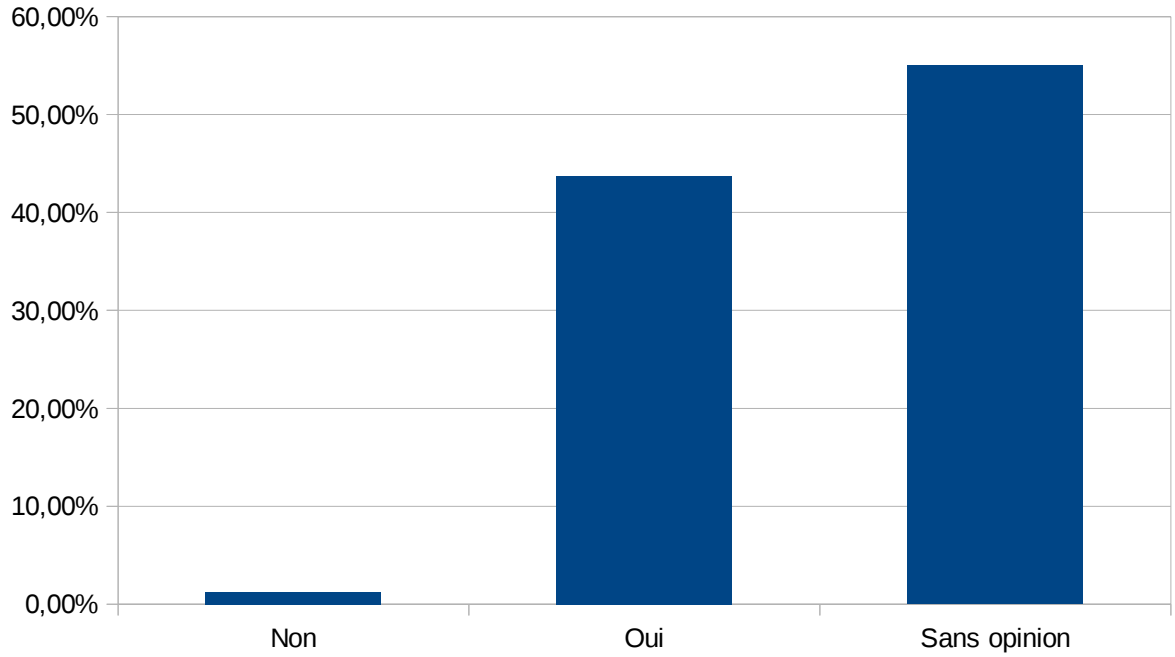
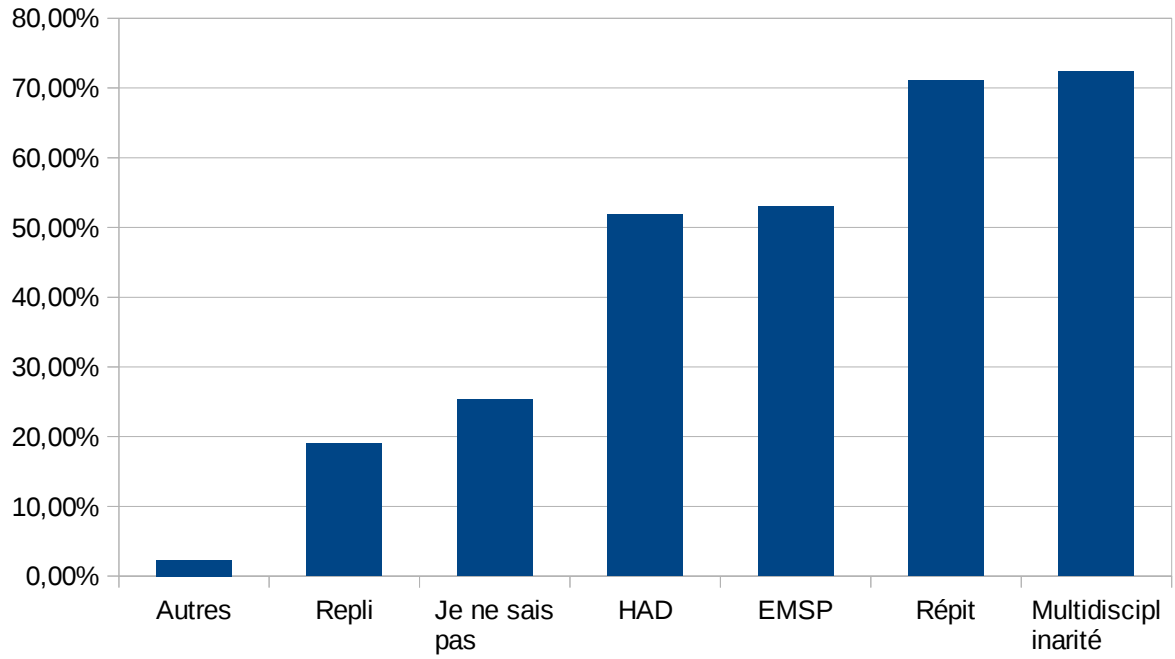


Figure 14 : Représentation de l'opinion des médecins généralistes vis à vis des LISP (n=80).

43,8 % (n=35) des médecins généralistes semblent satisfaits de la prise en charge de leur patient dans un service bénéficiant de LISP alors que 55 % (n=44) sont sans opinion et 1,2 % (n=1) n'est pas satisfait.

- Quelles sont les missions des LISP selon vous ?

Cette question est à choix multiples. Nous avons obtenu 245 réponses pour 83 médecins généralistes ayant répondu. Les pourcentages correspondent au pourcentage de répondant.



Multidisciplinarité: Le patient peut bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire.
Répit: Une hospitalisation de répit pour les aidants.
EMSP: L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs peut être amenée à intervenir pour un patient.
HAD: L'HAD peut être mise en place à la sortie de l'hospitalisation.
Repli: Une Hospitalisation de repli.

Figure 15 : État des connaissances des médecins généralistes sur les missions des LISP (n=245).

Pour 72,3 % (n= 60) des médecins généralistes, une des missions des LISP est d'assurer une prise en charge multidisciplinaire lors de l'hospitalisation.
71,1 % (n=59) s'accordent à affirmer que l'hospitalisation peut permettre un répit pour les aidants.
53 % (n=44) d'entre eux ont compris que l' Équipe Mobile de Soins Palliatifs peut être amenée à intervenir.

En ce qui concerne les autres missions :
51,8 % (n=43) des médecins ont répondu que l'HAD peut être mise en place dans les suites de l'hospitalisation.
19 % (n=16) qu'elle peut permettre une hospitalisation de repli.

Enfin 2,3 % (n=2) des réponses Autres, les médecins ont répondu que les LISP apportent une prise en charge dans la globalité et selon la volonté du patient et permettent de refaire le point sur les thérapeutiques en cours ainsi que de mettre en place des soins à domicile.

25,3 % (n=21) affirment ne pas connaître les missions des LISP.

- Les LISP sont ils utiles selon vous?

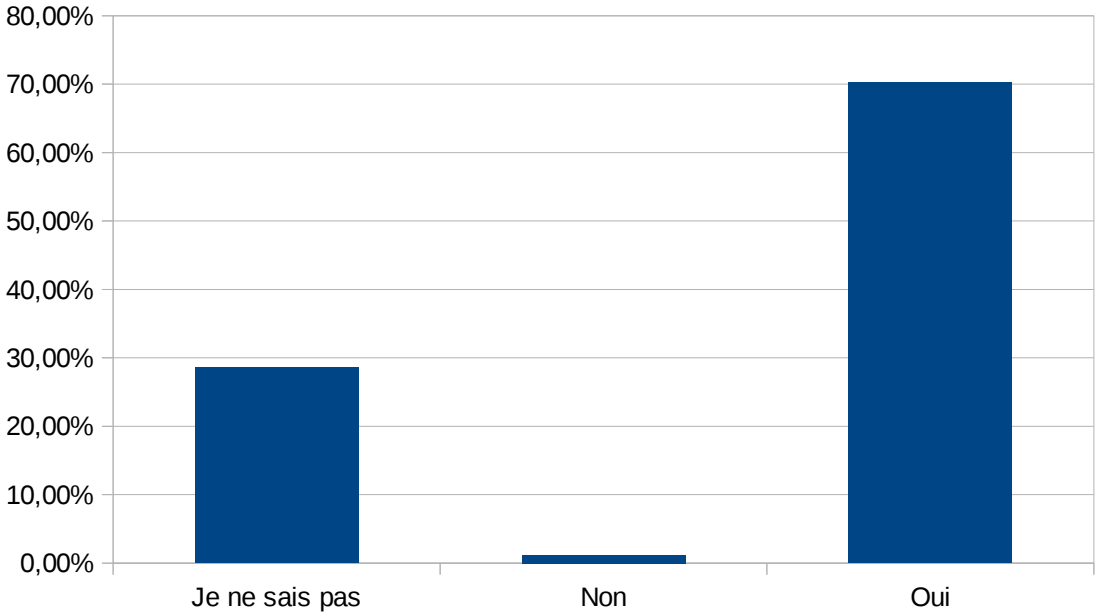


Figure 16 : Représentation de l'opinion des médecins généralistes sur l'utilité des LISP (n=84).

70,2 % (n=59) des médecins généralistes répondent favorablement, 28,6 % (n=24) d'entre eux ne peuvent répondre à la question et 1,2 % (n=1) affirme que les LISP ne sont pas utiles (un seul répondant).

- Souhaiteriez-vous avoir plus d'information concernant les LISP ?

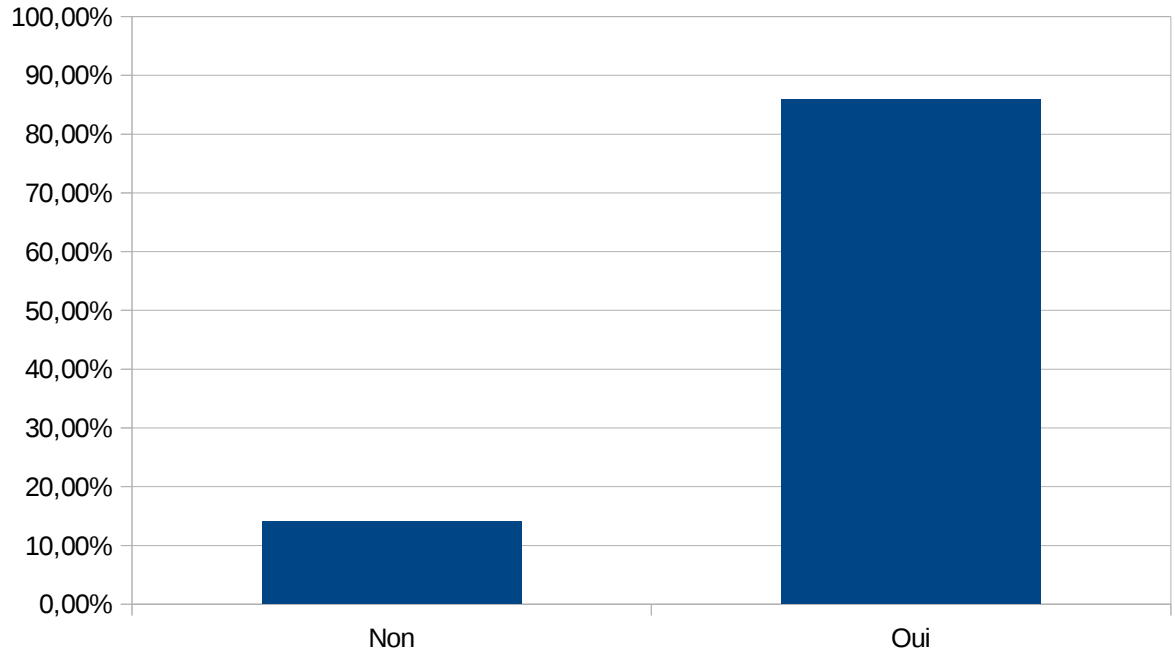


Figure 17 : Représentation de la demande d'information des médecins généralistes vis à vis des LISP (n=85).

85,9 % (n=73) des médecins généralistes souhaitent avoir plus d'information sur les LISP tandis que 14,1 % (n=12) n'en ressentent pas le besoin.

- Si Oui sous quelle(s) forme(s) ?

Du fait de cette question ouverte nous avons obtenu différentes réponses :

- FMC (40 réponses)
- Brochure papier avec coordonnées téléphoniques (19 réponses)
- E mail (10 réponses)
- Vidéo de présentation (3 minutes) téléchargeable (1 réponse)
- Publication, article (1 réponse)
- Entretien de proximité (1 réponse)

3.2. Résultats quantitatifs par tri croisé.

Les résultats ont été analysés selon deux variables. Nous nous sommes intéressés dans un premier temps à la formation des médecins généralistes aux Soins Palliatifs et dans un deuxième temps à l'organisation et aux missions des LISP selon les médecins généralistes.
L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel BiostaTGV. Nous avons utilisé en majorité le test du Chi2 et les test de Fisher, le seuil de significativité fixé pour le p est de 0,05.

Du fait de la petite taille de notre échantillon aucun des résultats obtenu n'est significatif. Cette analyse croisée est surtout descriptive.

3.2.1. La Formation des médecins généralistes aux Soins Palliatifs.

- La participation à une formation sur les Soins Palliatifs est-elle influencée par le secteur d'exercice ?

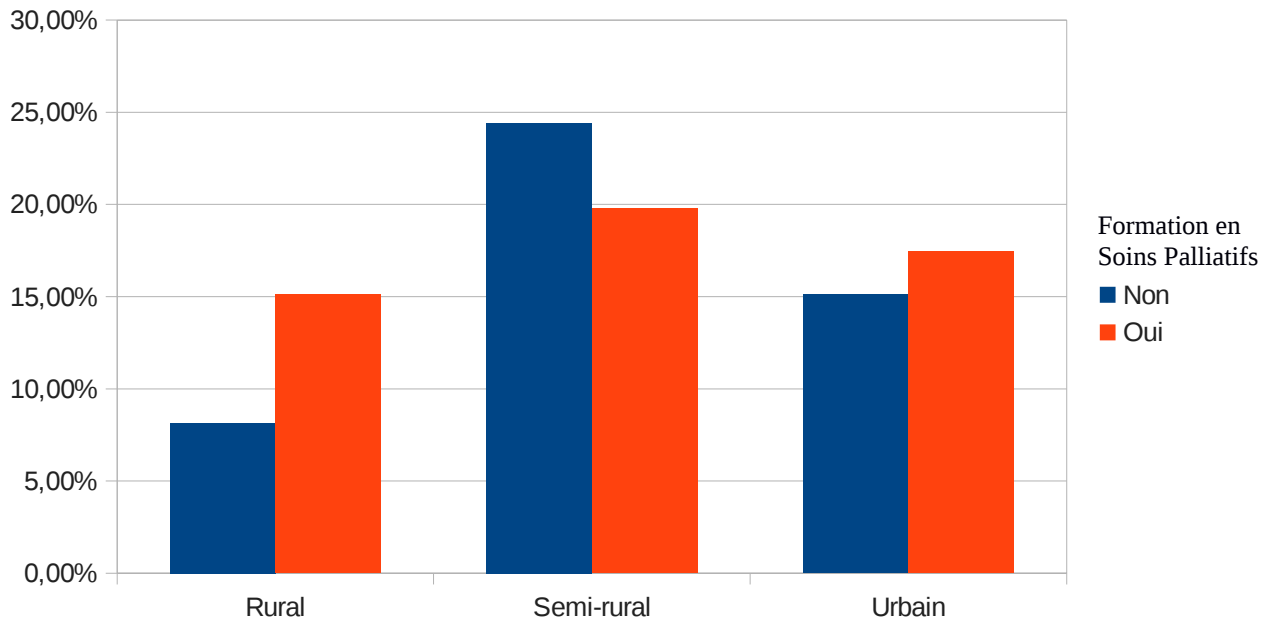


Figure 1 : Représentation de la formation en Soins Palliatifs en fonction du secteur d'exercice. (n=86)

Les médecins généralistes ayant participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont :
- 19,8 % (n=17) à exercer en secteur semi-rural.
- 17,4 % (n=15) à exercer en secteur urbain.
- 15,1 % (n=13) à exercer en secteur rural.

Les médecins généralistes n'ayant pas participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont :
- 24,4 % (n=21) à exercer en secteur semi-rural.
- 15,1 % (n=13) à exercer en secteur urbain.
- 8,1 % (n=7) à exercer en secteur rural.

Devant ces résultats nous n'avons pas établi de lien entre la formation en Soins Palliatifs et le secteur d'exercice, en effet le p-value est à 0,33.

- La formation en Soins Palliatifs est-elle influencée par le mode d'exercice ?

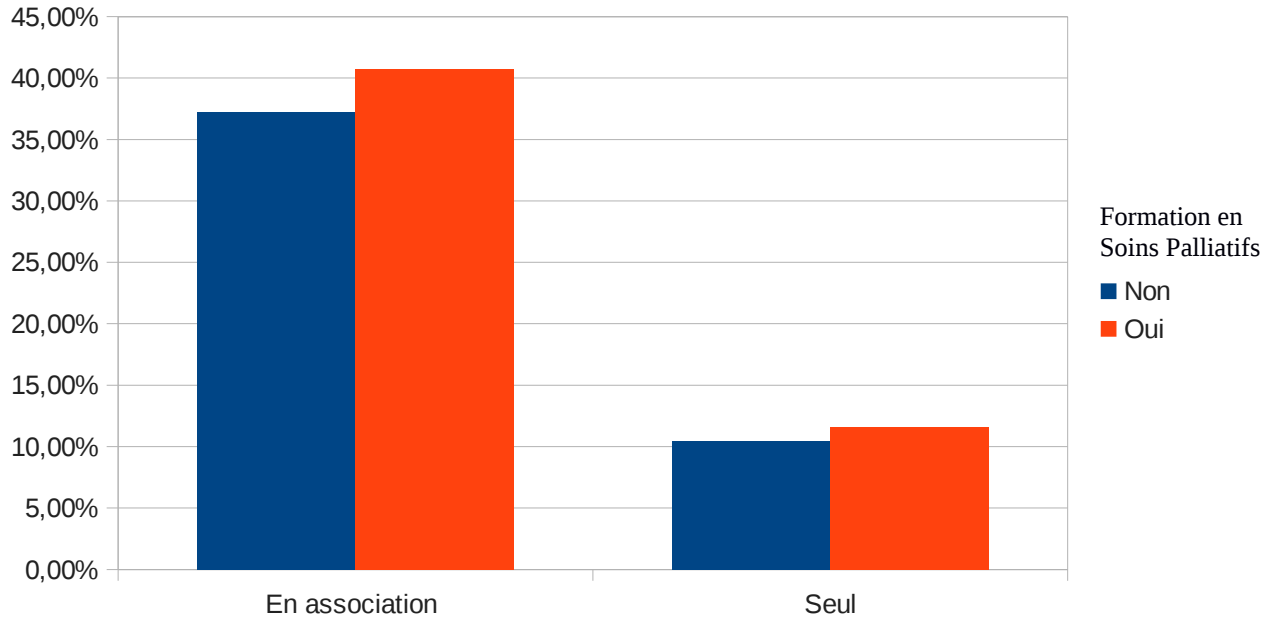


Figure 2 : Représentation de la formation en Soins Palliatifs en fonction du mode d'exercice. (n=86)

Les médecins ayant participé à une formation en Soins Palliatifs sont :
- 40,7 % (n=35) à exercer en association.
- 11,6 % (n=10) à exercer seul.

Les médecins n'ayant pas participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont :
- 37,2 % (n=32)à exercer en association.
- 10,5 % (n=9) à exercer seul.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre la participation à une formation en Soins Palliatifs et le mode d'exercice , en effet le p-value est à 0,97.

- La Formation en Soins Palliatifs des médecins généralistes influence-t-elle leur pratique médicale ?

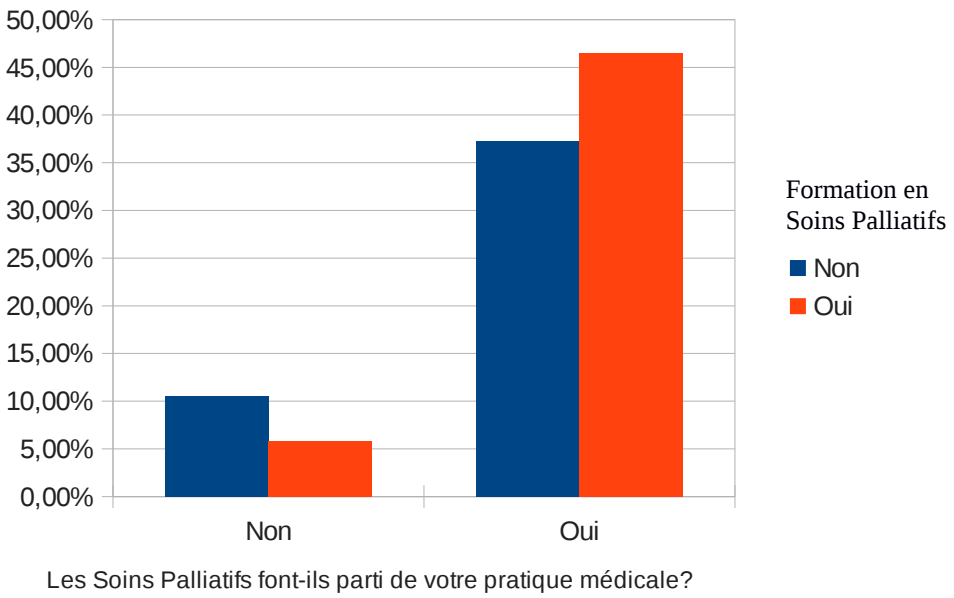


Figure 3 : Représentation de la formation en Soins Palliatifs en fonction de la pratique médicale. (n=86)

Les médecins généralistes ayant participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont :
- 46,5 % (n=40) à intégrer les Soins Palliatifs dans leur pratique médicale.
- 5,8 % (n=5) à ne pas intégrer les Soins Palliatifs dans leur pratique médicale.

Les médecins généralistes n'ayant pas participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont :
- 37,2 % (n=32) à intégrer les Soins Palliatifs dans leur pratique médicale.
-10,5 % (n=9) à ne pas intégrer les Soins Palliatifs dans leur pratique médicale.

Nous n'avons pas établi de lien entre la participation à une formation en Soins Palliatifs et la pratique médicale du médecin généraliste , en effet notre p-value est à 0,28.

- La formation en Soins Palliatifs influence-t-elle la prise en charge de patient bénéficiant de Soins Palliatifs durant les 3 dernières années?

Nous avons appliqué le test de Student pour données appariées et nous n'avons pas établi de lien statistique entre la formation en Soins Palliatifs et le nombre de patient bénéficiant de Soins Palliatifs pris en charge , en effet notre p-value est à 0,81 avec un intervalle de confiance à 95 %]-1,441 ; 1,553[.

- La formation en Soins Palliatifs influence-t-elle la connaissance des LISP ?

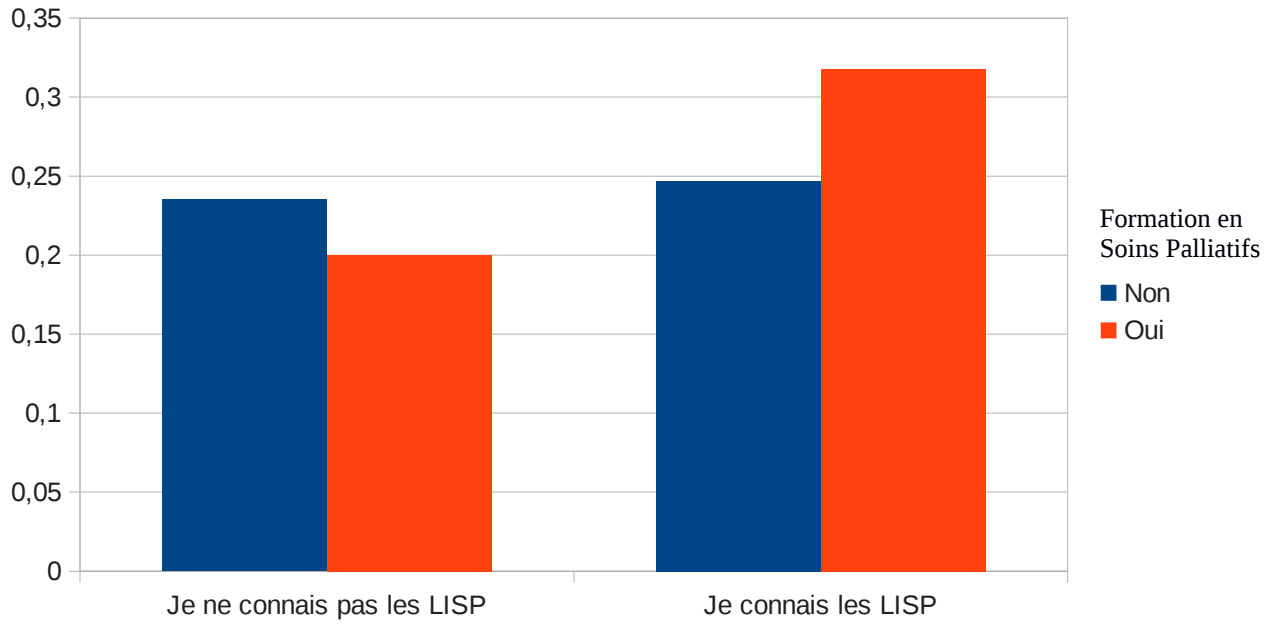


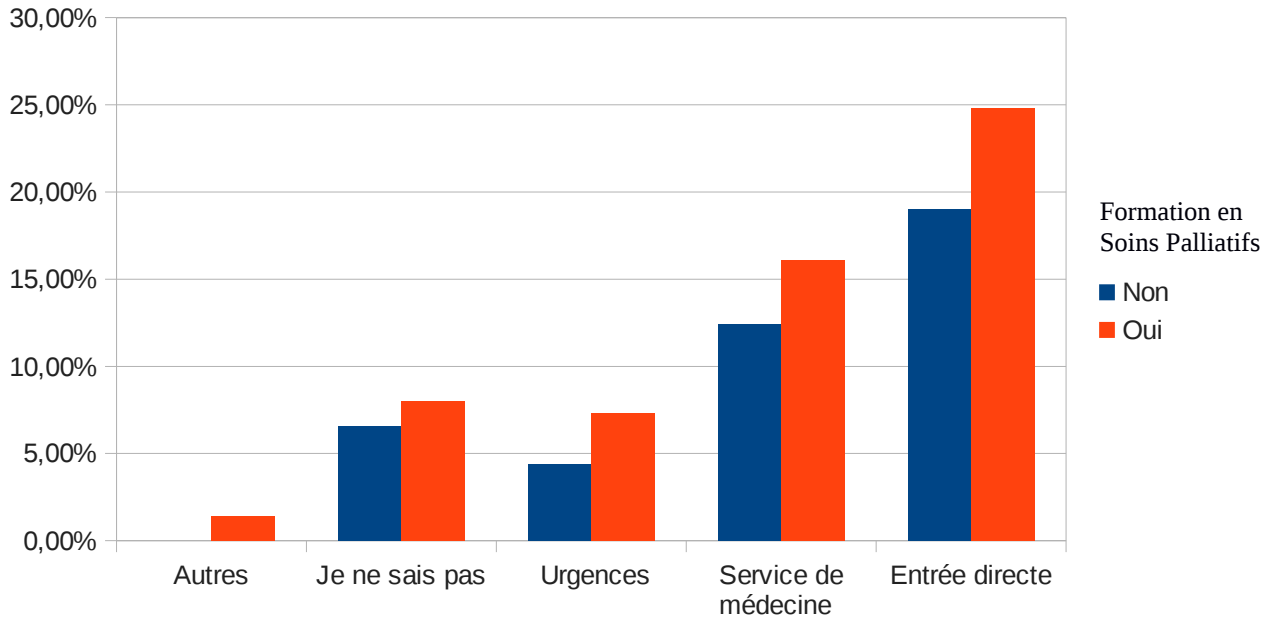
Figure 4 : Représentation de la connaissance des LISP en fonction de la formation des médecins généralistes. (n=85)

Les médecins généralistes ayant participé à une formation en Soins Palliatifs sont :
- 31,8 % (n=27) à connaître les LISP.
- 20 % (n=17) à ne pas connaître les LISP.

Les médecins généralistes n'ayant pas participé à une formation en Soins Palliatifs sont :
- 24,7 % (n=21) à connaître les LISP.
- 23,5 % (n=20) à ne pas connaître les LISP.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre la formation et la connaissance des LISP puisque le p-value est à 0,46.

- La formation en Soins Palliatifs influence-t-elle les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP ?



Modes d'entrée en LISP selon les médecins généralistes

Figure 5 : Représentation des connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP en fonction de la formation en Soins Palliatifs. (n=139 - 2 réponses vides =137)

Les médecins ayant suivi une formation en Soins Palliatifs:
- 24,8 % (n=34) pensent que l'hospitalisation en LISP peut se faire en programmant directement l'hospitalisation avec le médecin référent du service bénéficiant de LISP.
- 16,1 % (n=22) déclarent que l'hospitalisation en LISP peut se faire via un service de médecine .
- 7,3 % (n=10) affirment que l'hospitalisation en LISP peut se faire via les urgences de l'hôpital .
- 8 % (n=11) ne connaissent pas les modes d'entrée en LISP.
- 1,4 % (n=2) déclarent que l'hospitalisation peut se faire grâce à l'EMSP.

Les médecins n'ayant pas suivi de formation en Soins Palliatifs :
- 19 % (n=26) pensent que l'hospitalisation en LISP peut se faire en programmant directement l'hospitalisation avec le médecin référent du service bénéficiant de LISP.
- 12,4 % (n=17) déclarent que l'hospitalisation en LISP peut se faire via un service de médecine.
- 4,4 % (n=6) affirment que l'hospitalisation en LISP peut se faire via les urgences de l'hôpital.
- 6,6 % (n=9) ne connaissent pas les modes d'entrée en LISP.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre la formation en Soins Palliatifs et les connaissances des médecins généralistes sur les modes d'entrée dans un service bénéficiant de LISP, effet nous avons réalisé le Test de Fisher et notre p-value est à 0,89.

- La formation en Soins Palliatifs influence-t-elle l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation ?

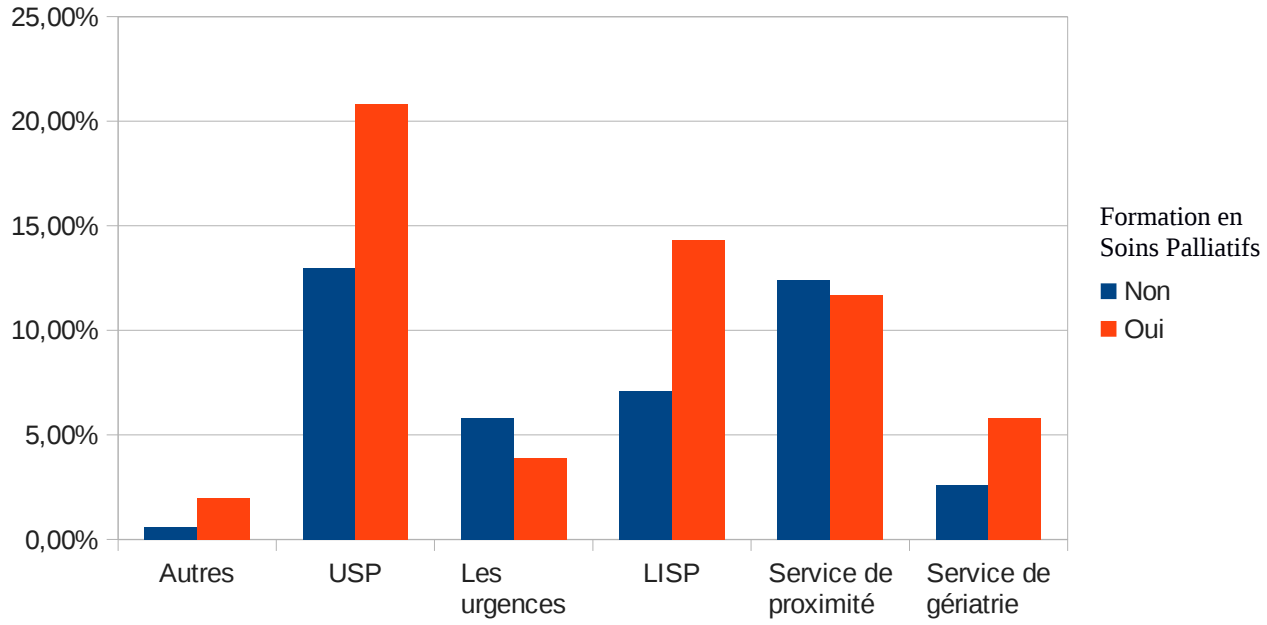


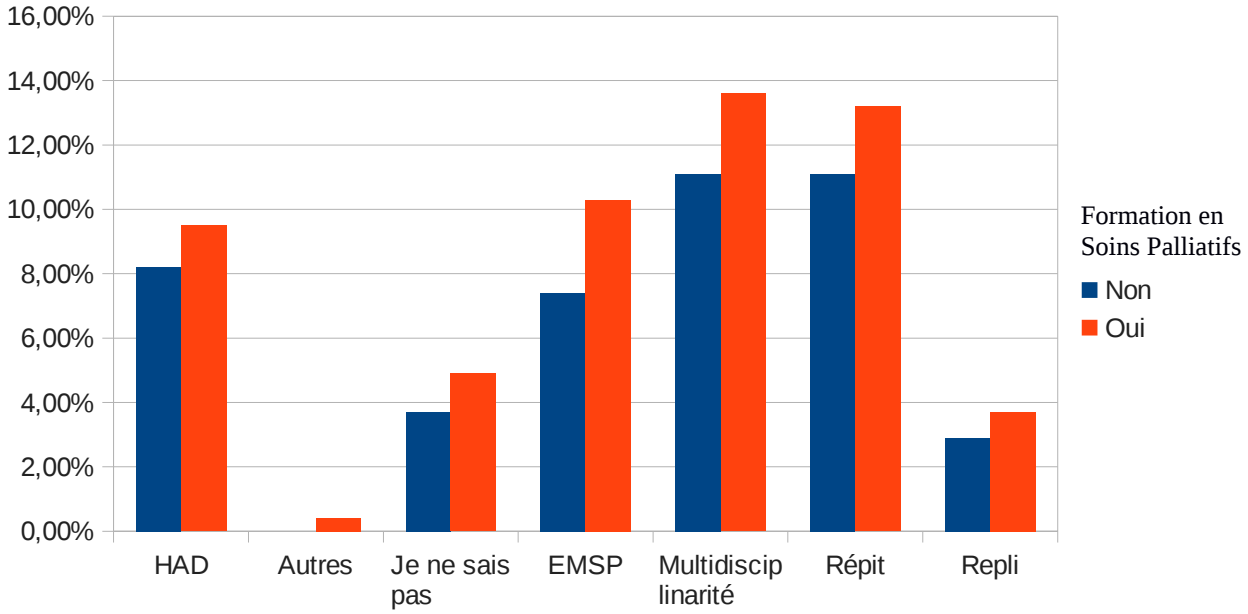
Figure 6 : Représentation de l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation en fonction de la formation en Soins Palliatifs (n= 154).

Les médecins généralistes ayant participé à une formation sur les Soins Palliatifs orientent leur patients selon ce schéma :
- 20,8 % (n=32) vers l' USP.
- 14,3% (n=22) vers un service bénéficiant de LISP.
- 11,7 % (n=18) vers le service dans lequel le patient est pris en charge pour sa pathologie.
- 5,8 % (n=9) vers un service de gériatrie.
- 3,9 % (n=6) vers les urgences.
- 2 % (n=3) vers un service de Soins de Soins de Suite.

Les médecins généralistes n'ayant pas participé à une formation sur les Soins Palliatifs orientent leur patient selon ce schéma :
- 13 % (n=20) vers l'USP.
- 12,4 % (n=19) vers un service dans lequel le patient est pris en charge pour sa pathologie.
- 7,1 % (n=11) vers un service bénéficiant de LISP.
- 5,8 % (n=9) vers les urgences.
-2,6 % (n=4) vers un service de gériatrie.
- 0,6 % (n=1) vers l'HAD.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre la formation en Soins Palliatifs et l'orientation des patients , notre p-value calculé à partir du Test de Fisher est à 0,34.

- La formation en Soins Palliatifs influence-t-elle la connaissance des médecins généralistes sur les missions des LISP ?



Missions des LISP selon les médecins généralistes.

Figure 7 : Représentation des connaissances des médecins généralistes sur les missions des LISP en fonction de la formation en Soins Palliatifs (n=246 – 3 réponses vides = 243)

Les missions des LISP selon les médecins généralistes qui ont participé à une formation sur les Soins Palliatifs sont pour :
- 13,6 % (n=33) une prise en charge multidisciplinaire.
- 13,2 % (n=32) une hospitalisation de répit.
- 10,3 % (n=25) l'intervention de l' Équipe mobile de Soins Palliatifs.
- 9,5 % (n=23) l'intervention de l'HAD.
- 3,7 % (n=9) une hospitalisation de repli.

4,9 % (n=12) des médecins affirment ne pas connaître les missions des LISP.

0,4 % (n=1) des médecins déclarent que les LISP permettent une prise en charge dans la globalité et selon la volonté du patient .

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre la formation en Soins Palliatifs et les connaissances des médecins sur les missions des LISP puisque notre p-value calculé à partir du Test de Fisher est à 0,99.

3.2.2 L'organisation et les missions des LISP.

- Les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP sont-elles influencées par le secteur d'exercice ?

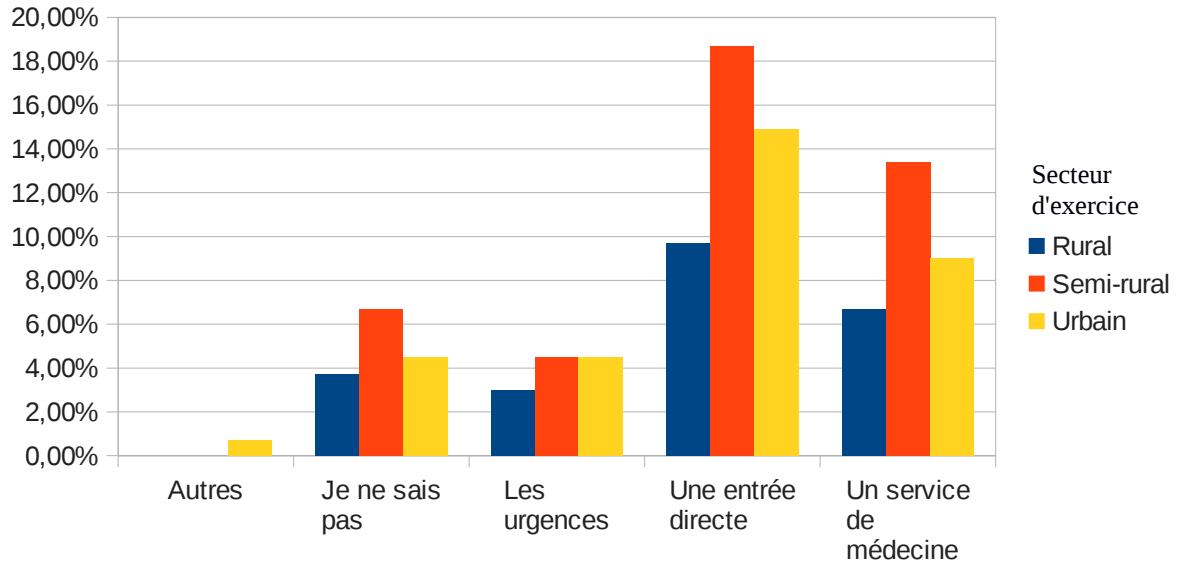


Figure 8 : Représentation des connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP en fonction de leur secteur d'exercice. (n=136 – 2 réponses vides =134)

Les médecins exerçant en milieu rural:
- 9,7 % (n=13) affirment que l'hospitalisation peut être programmée directement avec le médecin référent du service.
- 6,7 % (n=9) déclarent que l'hospitalisation s'effectue via un service de médecine.
- 3 % (n=4) pensent que l'hospitalisation s'effectue via le service des urgences.
- 3,7 % (n=5) ne savent pas comment sont organisés les LISP.

Les médecins exerçant en milieu semi-rural déclarent:
- 18,7 % (n=25) affirment que l'hospitalisation peut être programmée directement avec le médecin référent du service.
- 13,4 % (n=18) déclarent que l'hospitalisation s'effectue via un service de médecine.
- 4,5 % (n=6) pensent que l'hospitalisation s'effectue via les urgences.
- 6,7 % (n=9) ne savent pas comment sont organisés les LISP.

Les médecins exerçant en milieu urbain:
- 14,9 % (n=20) affirment que l'hospitalisation peut être programmée directement avec le médecin référent du service.
- 9 % (n=12) déclarent que l'hospitalisation s'effectue via un service de médecine.
- 4,5 % (n=6) ne savent pas comment sont organisés les LISP.
- 4,5 % (n=6) pensent que l'hospitalisation s'effectue via les urgences.
- 0,7 % (n=1) pensent que l'hospitalisation peut se faire grâce à l'aide de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre les connaissances de médecins sur l'organisation des LISP et le secteur d'exercice, notre p-value obtenu grâce au Test de Fisher est à 0,99.

- Les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP sont-elles influencées par le mode d'exercice ?

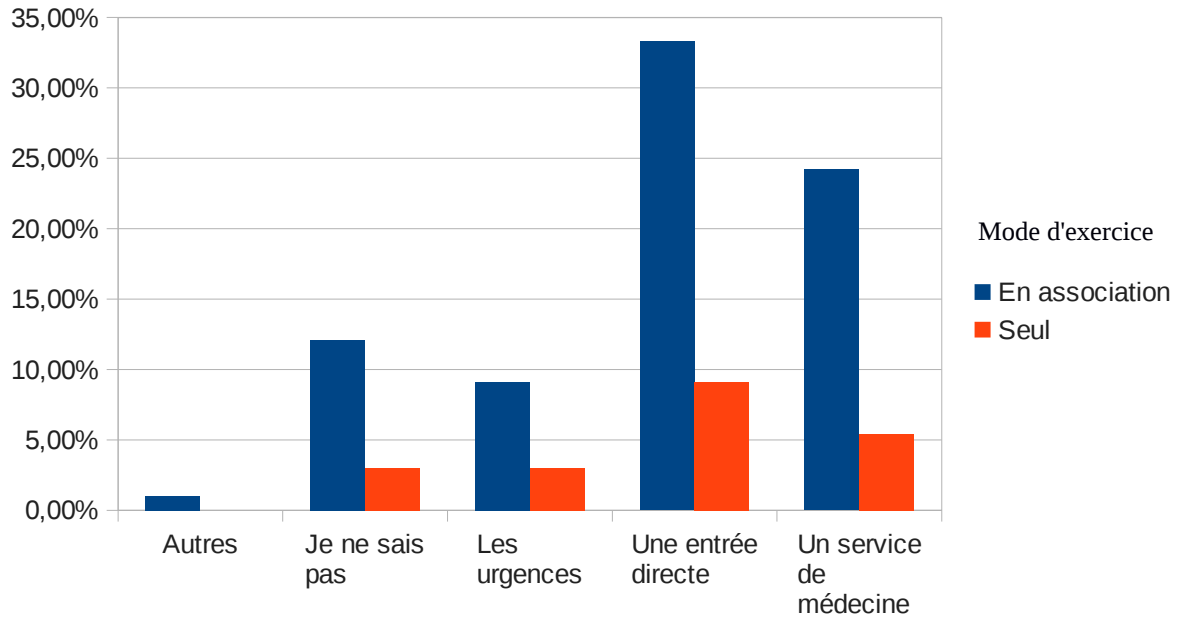


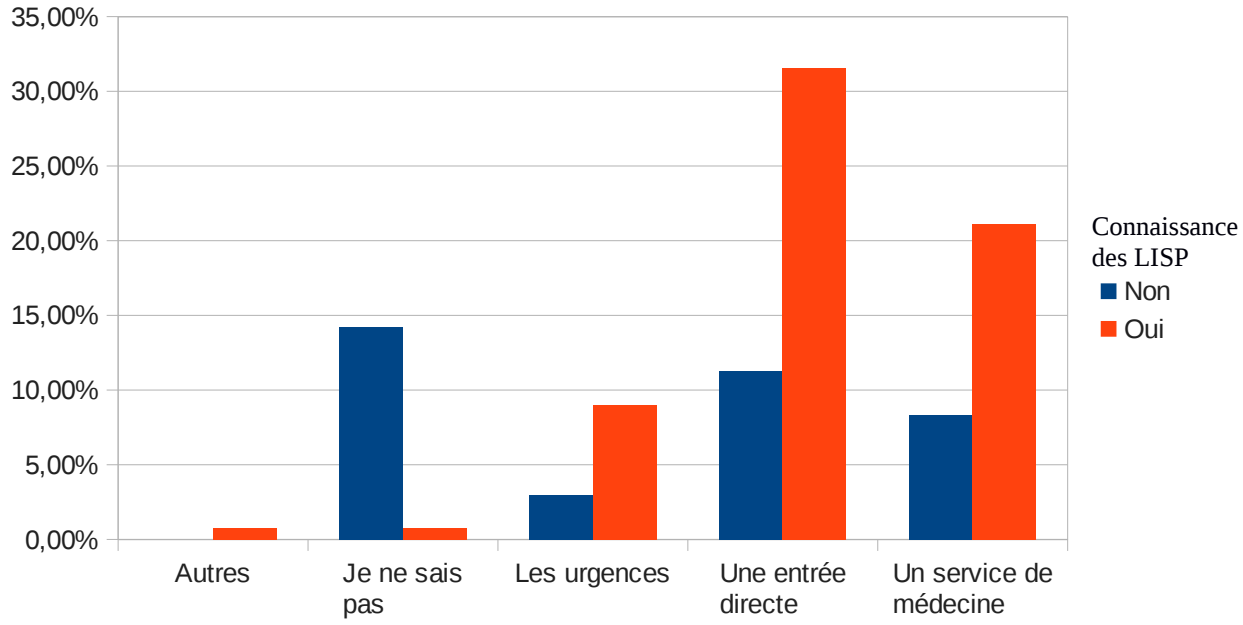
Figure 9 : Représentation des connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP en fonction de leur mode d'exercice (n=134-2 réponses vides=132).

Les médecins généralistes exerçant en association affirment pour :
- 33,3 % (n=44) que l'hospitalisation peut être programmée directement avec le médecin référent du service.
- 24,2 % (n=44) que l'hospitalisation s'effectue via un service de médecine.
- 12,1 % (n=16) ne savent pas.
- 9,1% (n=16) via les urgences.
- 0,8 % (n=16) via l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

Les médecins généralistes exerçant seuls déclarent pour :
- 9,1 % (n=12) l'hospitalisation peut être programmée directement avec le médecin référent du service.
- 5,4% (n=7) que l'hospitalisation s'effectue via un service de médecine .
- 3 % (n=7) via les urgences.
- 3 % (n=4) ne savent pas.

Nous n'avons pas établi de lien statistique entre les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP et le mode d'exercice, notre p-value calculé à partir du Test de Fisher est à 0,95.

- Les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP sont elles influencées par leur connaissance des LISP ?



Modes d'entrée en LISP.

Figure 10 : Représentation des connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des LISP en fonction de leur connaissance des LISP (n=135 -2 réponses vides=133).

Les médecins généralistes connaissant les LISP:
- 31,6 % (n=42) affirment que l'hospitalisation en LISP se fait via une entrée directement programmée.
- 21,1 % (n=28) déclarent que l'hospitalisation en LISP s'effectue via un service de médecine.
- 9 % (n=12) pensent que l'hospitalisation en LISP s'organise via les urgences.
- 0,75 % (n=1) déclarent que l'hospitalisation en LISP peut se faire via l'EMSP.
- 0,75 % (n=1) ne savent pas.

Les médecins généralistes ne connaissant pas les LISP:
- 14,8 % (n=19) déclarent ne pas connaître les différents modes d'entrée en LISP.

Nous n'avons pas établi de lien statistique puisque notre p-value calculé à partir du test de Fisher est à 1,27.

- La connaissance des LISP influence-t-elle les connaissances des médecins généralistes sur les missions des LISP ?

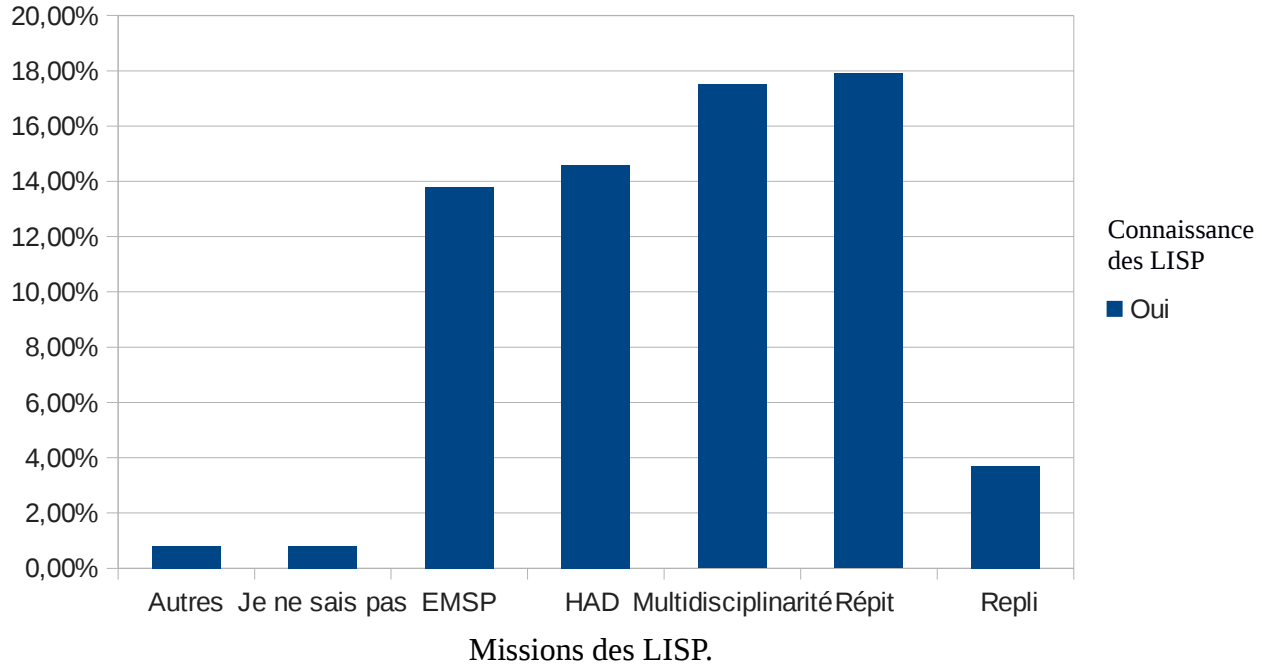


Figure 11: Représentation des connaissances sur les missions des LISP (n=243 -3 réponses vides = 240)

Les missions des LISP pour les médecins connaissant les LISP sont pour :
- 17,9 % (n=43) une hospitalisation de répit.
- 17,5 % (n=42) une prise en charge multidisciplinaire.
- 14,6 % (n=35) la mise en place de l'HAD.
- 13,8 % (n=33) le lien avec l'EMSP.
- 3,7 % (n=9) une hospitalisation de repli.
- 0,8 % (n=2) ne savent pas.
- 0,8 % (n=2) une prise en charge dans la globalité et selon la volonté du patient.

7,9 % (n=19) des médecins ne connaissant pas les LISP déclarent ne pas connaître leurs missions.

- Les connaissances des médecins généralistes sur les missions des LISP sont-elles influencées par le secteur d'exercice ?

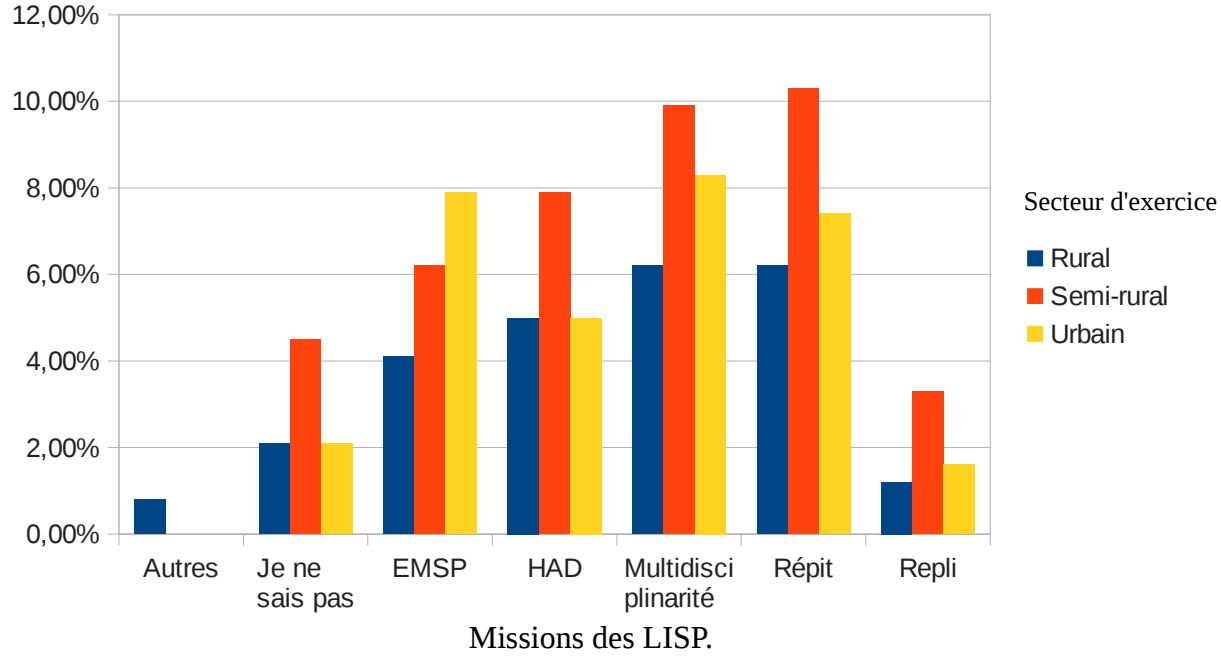


Figure 12 : Représentation des connaissances des missions des LISP en fonction du secteur d'exercice (n=245 -3 réponses vides =242)

Les missions des LISP pour les médecins exerçant en milieu rural sont :
- 6,2 % (n=15) une prise en charge multidisciplinaire.
- 6,2 % (n=15) une hospitalisation de répit.
- 5 % (n=12) la mise en place de l' HAD.
- 4,1 % (n=10) le lien avec l' EMSP.
- 2,1 % (n=5) ne savent pas.
- 1,2 % (n=3) une hospitalisation de repli.
- 0,8 % (n=2) une prise en charge dans la globalité et selon la volonté du patient.

Les missions des LISP pour les médecins exerçant en milieu semi-rural sont :
- 10,3 % (n=25) une hospitalisation de répit.
- 9,9 % (n=24) une prise en charge multidisciplinaire.
- 7,9 % (n=19) la mise en place de l' HAD.
- 6,2 % (n=15) le lien avec l' EMSP.
- 4,5 % (n=11) ne savent pas.
- 3,3 % (n=8) une hospitalisation de repli.

Les missions des LISP pour les médecins exerçant en milieu urbain sont :
- 8,3 % (n=20) une prise en charge multidisciplinaire.
- 7,9 % (n=19) le lien avec l' EMSP.
- 7,4 % (n=18) une hospitalisation de répit.
- 5 % (n=12) la mise en place de l'HAD.
- 2,1 % (n=5) ne savent pas.
- 1,6 % (n=4) une hospitalisation de repli.

- Les connaissances des médecins généralistes sur les missions des LISP sont-elles influencées par le mode d'exercice ?

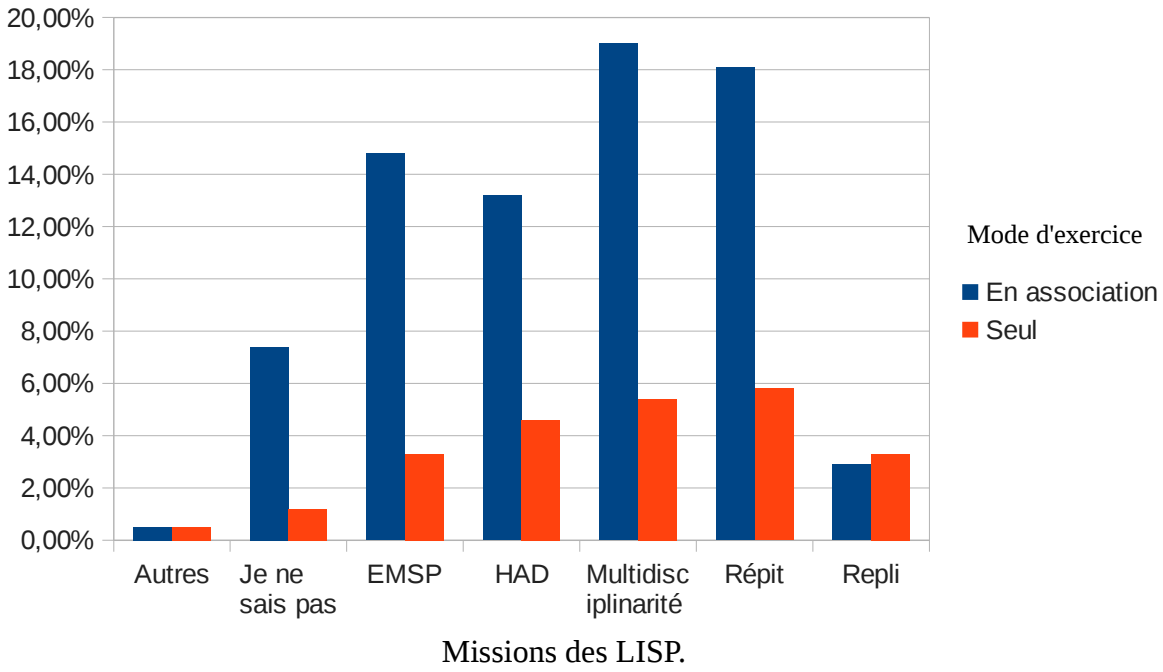


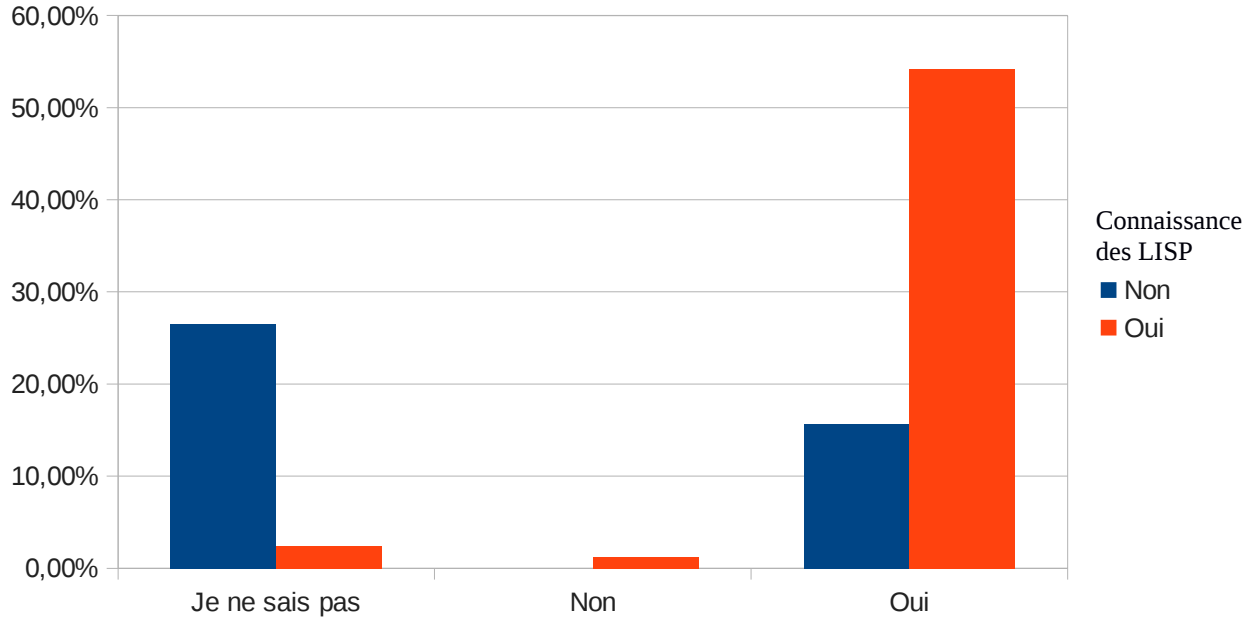
Figure 13 : Représentation des connaissances sur les missions des LISP en fonction du mode d'exercice. (n= 245 – 3 réponses vides=242)

Les missions des LISP pour les médecins exerçant en association sont :
- 19 % (n=46) une prise en charge multidisciplinaire.
- 18,1 % (n=44) une hospitalisation de répit.
- 14,8 % (n=36) le lien avec l'EMSP.
- 13,2 % (n=32) la mise en place de l'HAD.
- 7,4 % (n=18) ne savent pas.
- 2,9 % (n=7) une hospitalisation de repli.
-0,5 % (n=1) une prise ne charge dans la globalité du patient.

Les missions des LISP pour les médecins exerçant seuls sont :
- 5,8 % (n=14) une hospitalisation de répit.
- 5,4 % (n=13) une prise en charge multidisciplinaire.
- 4,6 % (n=11) la mise en place de l'HAD.
- 3,3 % (n=8) le lien avec l'EMSP.
- 3,3 % (n=8) une hospitalisation de repli.
- 0,5 % (n=1) une prise en charge selon la volonté du patient.

2.3 L'utilité des LISP.

- Existe-t-il un lien entre la connaissance des LISP et leur utilité ?



Les LISP sont-ils utiles selon vous ?

Figure 14 : Représentation de l'utilité des LIPS en fonction de leur connaissance. (n=83)

Les médecins connaissant les LISP affirment à 54,2 % (n=45) que les LISP sont utiles.

Les médecins ne connaissant pas les LISP affirment à 26,5 % (n=22) ne pas savoir si les LISP sont utiles.

4. DISCUSSION

4.1.Validité de l'étude

Le taux de réponse de notre enquête est de 17 %, ce qui correspond à un faible taux de participation. Plusieurs facteurs se distinguent pour expliquer ce pourcentage. D'une part le questionnaire a été envoyé par mail et non par courrier. Dans la dernière décennie l'enquête postale obtenait un meilleur rendement comme l'affirmait DILLMAN et al (2001) ou COUPER (2001) malgré les avancées technologiques. (31)

D'autres part nous pouvons supposer que les médecins n' ayant pas répondu au questionnaire ne sont pas intéressés par le sujet.

Il existe une biais de sélection puisque le questionnaire a été envoyé via l'URPS de la région Centre et une mailing liste privée à 504 médecins généralistes. Il est probable que certaines adresses mail ne soient pas à jour. En effet en 2016 selon le Conseil National de l'Ordre des médecins il y avait 546 médecins généralistes exerçant en Indre et Loire. Nous pouvons également soumettre l'idée que quelques médecins généralistes ne sont pas informatisés. Par ailleurs le biais de sélection est majoré puisqu'il y a eu deux relances du questionnaire à deux mois d'intervalle. Les réponses étaient anonymes.

30 % des questionnaires comportent au maximum 8 questions non remplies sur 18.

4.2. Les données socio-démographiques.

La majorité de la population exerce en milieu semi-rural soit à une trentaine de kilomètres en moyenne d'une agglomération. Ce sont pour la plupart de jeunes médecins installés qui ont répondu en plus grand nombre puis des médecins plus expérimentés étant installés depuis une vingtaine d'année.
Alors que l' âge moyen d'exercice dans le département est de 52 ans.

Le profil des médecins de l'échantillon ne correspond pas aux données fournies par le conseil national de l'ordre des médecins puisque dans notre étude ils exercent pour une grande partie d'entre eux en association c'est à dire 77,9 % alors que le taux en région est de 52 %. Les médecins généralistes des départements avoisinants exercent donc de façon plus isolée. (32)

4.3. Les soins palliatifs: quel avenir pour la médecine générale ?

Dans notre étude 52,3 % des médecins généralistes se disent formés aux Soins Palliatifs. Ce chiffre semble similaire à celui retrouvé dans la thèse de MACCARIO.J sur la coordination ville - hôpital dans la prise en charge des soins palliatifs au domicile dans le département du Var en 2012 ou 57,14 % des médecins avaient suivi une formation. (33)

4.3.1 Le type de formation.

Cette formation se traduit dans notre enquête par la participation à une FMC pour 78,7 % d'entre eux et pour 8,5 % par la réalisation d'un diplôme inter-universitaire.

Ces chiffres se retrouvent dans d'autres études, notamment celle de MARRILLET.A et MESSIE- RUHLMANN.C sur l’intérêt d'une permanence téléphonique de Soins Palliatifs en Isère à disposition des médecins généralistes réalisée en 2011 où 70 % des médecins avaient suivi une FMC et 6,4 % un diplôme universitaire ou inter-universitaire. (29)

4.3.2 Nombre de patients bénéficiant de Soins Palliatifs suivi en moyenne par an.

Les médecins généralistes de notre étude suivent en moyenne 6,65 patients bénéficiant de Soins Palliatifs sur 3 ans soit une moyenne annuelle à 2,21. La médiane se situe à 5 patients sur 3 ans.
Dans une étude menée en 2000 en Franche Comté les médecins généralistes avaient affirmé suivre entre 2 et 3 patients par an en moyenne (34) ainsi que dans une enquête de 2004 menée dans la région Aquitaine les médecins généralistes suivaient entre 1 et 3 patients par an. (35)

Cependant nous retrouvons dans la littérature récente des données sensiblement différentes. En effet, dans la thèse de MACCARIO.J citée précédemment les médecins généralistes suivent 5,31 patients par an de même que dans la thèse de MARRILLET.A et MESSIE-RUHLMANN.C où les médecins généralistes prennent en charge en moyenne 4 patients par an. Ces derniers affirmaient d'ailleurs pour 51,9 % d'entre eux se sentir à l'aise avec les Soins Palliatifs. Cette notion est cependant subjective.

Une des hypothèses permettant d'expliquer ces divergences est la petite taille de notre échantillon qui n'est pas représentatif de la population cible. Par ailleurs la majorité des médecins ayant répondu sont des jeunes médecins récemment installés donc avec possiblement peu d'années d'expériences.

4.3.3. Les variables socio-démographiques.

Dans notre étude le mode d'exercice ou le secteur d'exercice n'influe pas de façon statistique sur la formation en Soins Palliatifs. Les médecins exerçant en association et dans le secteur semi-rural ont majoritairement participé à une formation.

83,7 % des médecins généralistes ont une démarche palliative dans leur pratique médicale dont 46,5 % des médecins se disant formés aux Soins Palliatifs. Ces résultats pourraient être interprétés de la façon suivante : les médecins qui n'ont pas suivi de formation continue ont malgré cela une culture palliative et l'applique dans leur quotidien. Les jeunes médecins qui ont majoritairement répondu ont suivi durant leur externat et leur internat un enseignement sur les soins palliatifs et la douleur. Par ailleurs durant les stages à l'hôpital c'est une formation « de terrain » qui est enseignée grâce aux médecins seniors.

Ainsi le terme de formation a pu être confusiogène, il n'était pas précisé que la formation devait être diplômante. Cependant une formation pratique partielle reste légère pour aborder les soins palliatifs au quotidien.

Dans la thèse de DELATTRE.B et DENEUVILLE.B sur la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs en médecine générale 1/5e des médecins généralistes estimaient que leur manque de formation en soins palliatifs les gênaient dans leur pratique médicale. (28)

4.3.4 La formation en Soins Palliatifs : un enjeu national.

79 % des internes de médecine générale s'estiment préparé de façon insuffisante dans la prise en charge de patients en Soins Palliatifs dans une étude sur l'évaluation des compétences des internes en soins palliatifs réalisée en 2014 auprès de 412 internes.
25 % des répondants considéraient que l'accès à des stages dans une structure palliative serait bénéfique. (36)

La formation des jeunes professionnels de santé est au cœur d'un enjeu national puisque le plan national de développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 a proposé différentes mesures dans ce sens.

En effet 3 mesures y sont décrites pour former les professionnels et diffuser la culture palliative.Tout d'abord la création d'une unité d'enseignement inter-disciplinaire pour les étudiants en santé au sein de laquelle ils se formeront à une démarche éthique et interdisciplinaire. Les étudiants en santé devront réaliser au moins un stage dans une structure palliative.

Ensuite le plan évoquait l'instauration d'une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur dans le 3^{e} cycle des études médicales. L'accès à la médecine palliative dans la filière universitaire devait être renforcé. La dernière proposition était de soutenir la recherche en soins palliatifs. (21)

Dans le cadre du développement de la formation des soins palliatifs un groupe de travail issu du Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP) a mené une expérimentation sur l'apprentissage de la compétence relationnelle des internes lorsqu'il effectue un stage dans une structure de soins palliatifs.
Ils en ont conclu qu'il était important que le référent de stage élabore sa pratique de formateur.

De plus ils ont établi un guide qui retrace l'apprentissage de la compétence relationnelle axé sur différents thème : la relation avec le patient, la relation avec son entourage, la relation avec les différents professionnels de santé. Savoir évaluer les capacités relationnelles en situation d'entretien avec une personne, avec les autres acteurs de soins, savoir se positionner en tenant compte des interactions dans une triangulation relationnelle.(37)

Le CNEFUSP a proposé en 2016 4 mesures pour améliorer la formation :

- la création d'un séminaire obligatoire en phase socle (enseignement de la spécialité choisie par l'interne, réalisation d'au moins un stage de 6 mois dans cette spécialité) « pratique médicale des soins palliatifs » à destination de tous les internes en médecine.

- la création d'un séminaire obligatoire en phase intermédiaire (= phase d'approfondissement de la spécialité) « Intégration de la démarche palliative » adapté aux spécificités cliniques des spécialités concernées par les problématiques de soins palliatifs.

- la possibilité pour les internes de faire des stages dans des structures de médecine palliative avec insertion de cette option dans leur maquette.

- renforcer la formation en soins palliatifs dans les lieux de stage par les médecins seniors et les équipes mobiles de soins palliatifs.

4.4. Les LISP

4.4.1 Connaissance des médecins généralistes sur les LISP.

Dans notre étude en Indre et Loire 56,5 % des médecins affirment connaître les LISP dont 31,8 % d'entre eux ayant participé à une formation sur les soins palliatifs. La formation n'a pas d'influence sur la connaissance des LISP. Cependant la majorité d'entre eux ne sait pas où se situent les LISP les plus proches de leur cabinet médical.
Par ailleurs la majorité des médecins déclarent ne jamais avoir hospitalisé leur patient dans un service bénéficiant de LISP.

Pourtant le nombre de LISP en Indre et Loire ne cesse de croître, en effet le bilan d'activité du réseau de soins palliatifs en région Centre de 2013 faisait état de 40 LISP (36 MCO + 4 SSR) alors qu'en 2014 le nombre de LISP a augmenté d'une façon fulgurante pour atteindre 54 LISP au total (50 MCO + 4 SSR), avec un taux d'équipement en Indre et Loire passant de 7,1 en 2013 à 9,59 en 2014. (38)
L'année 2015 est plus modérée avec une ouverture de 2 LISP supplémentaires en MCO soit un total de 56 LISP. Le taux d'équipement dans le département infléchit légèrement pour atteindre 9,33.
Ainsi sur les 3 dernières années pas moins de 16 LISP ont été crées. Ces chiffres sont en lien avec une dynamique nationale impulsée par le plan de développement des Soins Palliatifs 2008-2012 et le plan Cancer 2009-2013.

En 2015 14 412 journées ont été réalisées en LISP en Indre et Loire avec un taux d'occupation des lits à 79 % tandis que celui-ci était à 70 % en 2014. Le nombre de séjours en Soins Palliatifs en hospitalisation complète a augmenté de 35 % entre 2012 et 2015. Cette croissance s'explique du fait de l'augmentation du nombre de patients domiciliés en Indre et Loire et de l'augmentation de la prise en charge en soins palliatifs. (39)

Tableau 5 MCO : Séjours produits avec SP HC, Nombre et DMS des séjours par type de lit – CVL 2012-2015

Département de prise en charge		2012				2013				2014				2015			
		USP	LISP	Autre	Total	USP	LISP	Autre	Total	USP	LISP	Autre	Total	USP	LISP	Autre	Total
37-Indre-et-Loire	Nb séjours SP	199	511	577	1 287	206	715	619	1 540	205	735	665	1 605	222	790	736	1 748
	DMS SP, jours	14,3	20,1	17,1	17,9	14,2	18,2	16,7	17,1	14,0	17,4	15,7	16,3	13,1	18,2	15,1	16,3
	Médiane SP, jours	12	16	12	14	13	13	11	12	13	14	11	12	11	15	11	12

Illustration 3: Réseau Soins Palliatifs Région Centre. Soins Palliatifs hospitaliers Adultes MCO-HAD 2015 Centre-Val de Loire.

Malgré ces avancées les médecins généralistes connaissent trop peu l'existence des LISP et un bon nombre de médecins généralistes ne travaillent pas directement avec ces structures, qui sont pourtant plus que bénéfiques.

Enfin 85,9 % des médecins souhaiteraient avoir plus d'informations sur les LISP.

4.4.2 Connaissances des médecins généralistes sur l'organisation et les missions des LISP.

- L'organisation des LISP.

La majorité des médecins ont déclaré qu'un des modes d'hospitalisation dans un service bénéficiant de LISP était une entrée directement programmée. Ensuite la deuxième possibilité d'hospitalisation décrite était via un service de médecine. Nous observons que les urgences n'arrivent qu'en quatrième position. Par ailleurs seulement 1/ 5^{e} des médecins adressent leurs patients bénéficiant de Soins Palliatifs vers les urgences quand une hospitalisation est souhaitable. Ce qui nous conforte dans l'idée que la plupart des médecins généralistes trouvent d'autres solutions que les urgences quand il y a une nécessité d'hospitalisation rapide.

En outre nous constatons qu' 1/4 des médecins généralistes ne connaît pas les différents modes d'entrée possible en LISP. Les médecins exerçant en association et dans le secteur semi-rural sont 12 % et 4,5 % à le déclarer respectivement. Ainsi nous pouvons supposer que ces médecins font parti de ceux qui n'ont jamais hospitalisé leur patient dans un service bénéficiant de LISP.
La formation en soin palliatifs n'a pas d'influence sur les connaissances de l'organisation des LISP.

- Les missions des LISP.

72,3 % des médecins affirment que l'une des principales missions des LISP est d'apporter une prise en charge multidisciplinaire au patient grâce à l'intervention de différents professionnels de santé. L'hospitalisation de répit est évoquée en deuxième lieu, vient ensuite l'intervention de l'EMSP.

Ce schéma est légèrement modifié quand les médecins généralistes connaissent les LISP, ils évoquent dans un premier temps l'hospitalisation de répit puis dans un deuxième temps la prise en charge multidisciplinaire et enfin l'intervention de l'HAD.

Seulement 1/ 5^{e} des médecins évoquent l'hospitalisation de repli. Nous pouvons évoquer l'idée que le terme « repli » n'ai pas été compris comme il se doit. Pourtant ce terme figure sur la circulaire du 25/03/2008 relative à l'organisation des Soins Palliatifs.

Par ailleurs 1/4 des médecins affirment ne pas connaître les missions des LISP, ils exercent en majorité dans le secteur semi-rural.

Les médecins exerçant dans le secteur urbain évoquent l'intervention de l'EMSP en deuxième intention tandis que les médecins exerçant dans les milieux ruraux et semi-ruraux l'évoquent en quatrième intention. Nous pouvons supposer que les médecins urbains sollicitent d'avantage l'intervention de l'EMSP plutôt qu'une prise en charge hospitalière.

L'intervention de l'EADSP 37 (Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs) tend à s'homogénéiser. En effet d'après le bilan d'activité du réseau de Soins Palliatifs l'équipe d'appui intervient dans presque tout le département et ce d'autant plus qu'en 2012 par exemple où le Sud de la Touraine était dépourvu de son intervention.

Il est possible de soumettre l'hypothèse que les médecins ruraux et semi-ruraux ne travaillent pas autant en collaboration avec l'EADSP que les médecins urbains.

Lieux d'intervention de l' EADSP. (23)

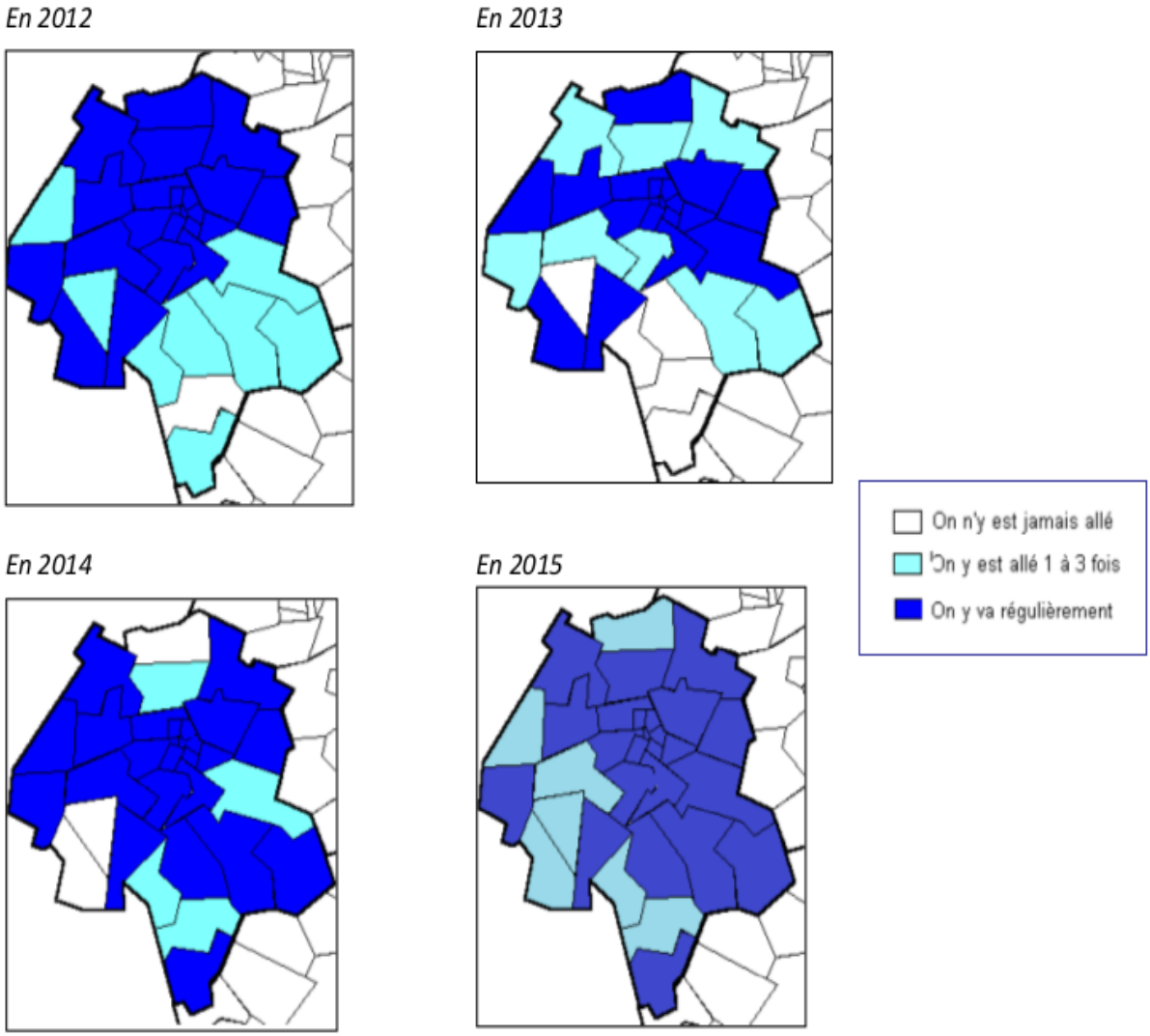


Illustration 4: Bilan d'activité du Réseau de Soins Palliatifs en région Centre-Val de Loire. 2015

- L'utilité des LISP selon les médecins généralistes.

Plus de 2/3 des médecins généralistes considèrent que les LISP sont utiles. Environ 40% des médecins généralistes ayant déjà hospitalisé leurs patients dans un service bénéficiant de LISP sont satisfaits de la prise en charge. La majorité des médecins sont sans opinion.
Nous pouvons donc considérer qu'une grande partie des médecins généralistes ne remet pas en question l'utilité des LISP bien au contraire, cependant la plus part n'est pas apte à juger de la prise en charge en LISP car ils n'hospitalisent pas leurs patients dans ces structures.

5. Les soins palliatifs à l'étranger.

5.1 La qualité de la mort.

Une étude menée dans 80 pays a été publiée en 2015 dans le journal The Economist Intelligence Unit. Celle ci a eu pour but d'évaluer la qualité de la mort à travers le monde. Pour établir ce classement cinq catégories ont été jugées : le développement des soins médicaux et des soins palliatifs, les ressources humaines, l'accès aux soins de santé, la qualité des soins de santé, l'engagement national envers le développement des soins palliatifs.
Selon cette étude l'index de la qualité de la mort est le plus élevé au Royaume Uni. Ce score élevé obtenu s'explique par la mise en place d'une politique nationale cohérente en matière de soins palliatifs s'appuyant sur le national « health service ». (40)
Les hospices sont bien établis sur le territoire et financés par des associations caritatives puissantes et efficaces. Le deuxième pays ou il fait bon vivre d'y mourir est l'Australie qui arrive devant la Nouvelle Zélande puis l'Irlande qui se classe en quatrième position. Le point commun de tous ces pays est cette influence anglo-saxonne qui historiquement a fait naître « le palliative care ».
La France se positionne derrière les États Unis à la dixième place. Les pays développés ont des scores plus élevés que les autres ce qui indique qu'il existe une corrélation entre niveau de revenus et possibilité de recevoir des soins palliatifs de qualité dans un pays.
Au vu de ce classement il nous reste encore un long chemin à faire avant que de nous approprier le terme de « quality of death ».

5.2 Le Royaume Uni.

La culture palliative est mieux intégrée dans le milieu anglo-saxon. Le « National health service » a élaboré en 2008 une stratégie nationale visant à promouvoir beaucoup plus largement la démarche palliative dans l'ensemble du système de soins. L'approche palliative est intégrée aussi précocement que possible quand l’évolution de la pathologie le nécessite et en incluant les décisions du patient. La prise en charge se fait soit dans des établissements dédiés aux soins palliatifs (hospices) soit à domicile ou à l’hôpital. Par ailleurs les hôpitaux de jour ainsi que les appartements thérapeutiques sont beaucoup plus développés. Il existe également un Conseil National de Soins Palliatifs. (National Council for Palliative care). (3)
Cependant la notion de LISP n'existe pas au Royaume Uni.

5.3 La Belgique.

Les structures de soins en Belgique sont similaires à celle de la France. Cependant une entité telle que les LISP n'existe pas. En 2014 il existait 28 équipes de soutien à domicile et 379 lits agrées aux soins palliatifs situées dans les USP. Par ailleurs il existe des unités de répit pour les enfants pris en charge à domicile et dont les familles sont en épuisement temporaire lié à une intensification ou une complexification des soins par exemple. Pour les adultes il y a des hébergements thérapeutiques, le patient réside dans un établissement de soins en dehors de l’hôpital. Quand les soins ne peuvent être réalisés à domicile mais que les patients souhaitent mourir chez eux ils sont accueillis dans des centres de jour. Ils offrent aux patients des soins adaptés et spécialisés.

5.4 Le Québec.

Les services de soins palliatifs se divisent en 4 catégories : le domicile, les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les maisons de soins palliatifs. Il existait en 2004 14 maisons de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire. Elles offraient un total de 100 lits. (41)
Par ailleurs la notion de LISP n'existe pas au Québec.

5.5 Entretien avec M. Philip Larkin président de l' EAPC (European Association for Palliative Care).

L'EAPC (European Association for Palliative Care) et d'autres organisations de Soins Palliatifs (the Worlwide Palliative Care Alliance, the Human Rights Watch, the International Association for Palliative Care) ont établi en 2013 la Charte de Prague et ont appelé les gouvernements à élaborer des politiques de santé répondant aux besoins des personnes dont l'évolution de la pathologie nécessite des soins palliatifs. Différentes mesures y sont décrites comme favoriser l'accès aux médicaments y compris les stupéfiants lorsque la situation le nécessite, s'assurer que les professionnels de santé reçoivent une formation adaptée, renforcer l'intégration des soins palliatifs dans les systèmes de soins de santé à tous les niveaux ...(42)

Lors du dernier congrès de la SFAP à Dijon en 2016 nous avons pu rencontrer M. Philip Larkin le président de l'EAPC. Pour lui l'EAPC a pour mission de « développer et de promouvoir la culture palliative » à travers l'Europe puisqu'il existe une inégalité entre les différents pays. Le développement des soins palliatifs à domicile semble très important pour lui en effet de par sa culture et ses anciennes fonctions puisqu'il était infirmier spécialisé dans les soins palliatifs en Irlande, son pays d'origine. En Irlande les soins palliatifs à domicile sont très développés et les infirmiers font le lien entre l’hôpital et le domicile, « c'est un esprit de collaboration ». D'ailleurs les infirmiers (spécialisés dans les soins palliatifs) peuvent prescrire des thérapeutiques ce qui est interdit en France.

La Charte de Prague citée précédemment a été signée par 3 000 personnes environ, elle a été selon lui « un tournant sur le plan politique ». Cependant les mesures décrites sont à développées constamment et a essayé de mettre en place grâce aux différentes organisations internationales (OMS, WHO ..).

Pour M. Philip Lakin une entité telle que les LISP n'existent pas ailleurs en Europe. Il nous évoque différentes contraintes à la mise en place des LISP notamment sur des questions de financement liées à leur développement ainsi qu' à la mise en place d'un accompagnement humain.

5. CONCLUSION

Les médecins généralistes ont un rôle de coordinateur des soins dans la prise en charge de leurs patients. Les soins palliatifs sont une spécialité à part entière qui n'est pas toujours maîtrisée en médecine générale. Ces dernières années la politique gouvernementale essai d'accentuer la formation des professionnels de santé sur les soins palliatifs grâce aux différents plans nationaux successifs depuis 1999. De plus l'offre hospitalière s'est considérablement développée notamment grâce à la circulaire du 19/02/2002.
Le travail de cette thèse avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des LISP.
Ce n'est qu'une ébauche et au vu du faible effectif de notre échantillon nous ne pouvons généraliser à l'ensemble de la population cible.

Cependant nous pouvons observer que les médecins généralistes intègrent les soins palliatifs dans leur pratique médicale et qu'ils ont pour une majorité d'entre eux participé à une formation sur les Soins Palliatifs.

Les LISP sont connus des médecins généralistes mais malheureusement ils ne connaissent pas leur localisation pour la plupart ce qui rend la coordination ville - hôpital plus difficile. En effet 52,3 % des médecins généralistes de l'Indre et Loire ne savent pas où se situent les LISP les plus proches de leur cabinet médical.
Dans l'ensemble les médecins généralistes connaissent l'organisation et les missions des LISP cependant quand une hospitalisation est nécessaire ce n'est pas la première structure vers laquelle ils se dirigent. Par ailleurs la majorité des médecins n'ont jamais hospitalisé leur patient dans un service bénéficiant de LISP. Pourtant le nombre de LISP n'a cessé de croître en Indre et Loire depuis 2013.

En Europe il n'existe pas de structure telle que les LISP. Dans les pays anglo-saxons le réseau de soins ambulatoire est beaucoup plus développé avec la mise en place d'appartements thérapeutiques ou des hôpitaux de jour.

En France, les LISP sont donc une entité à part entière, unique en Europe et dont l'utilité est plus que reconnue. Cependant il existe une rupture dans la coordination ville – hôpital puisque les médecins généralistes ne bénéficient pas de toutes les informations concernant les LISP et n'en connaissent pas réellement leur vraie valeur. Ils sont par ailleurs très demandeurs d'informations complémentaires sur les LISP.

L'approfondissement sur la connaissance des LISP pourrait être organisée lors d'une FMC ou lors des jeudi du généralistes par exemple. Cette transmission d'information pourrait également se faire via un outil numérique telle que la réalisation d'une vidéo. En dernier lieu un dépliant explicatif avec les coordonnées utiles pourrait également permettre de diffuser plus largement les informations nécessaires.
Par ailleurs l'idée d'une soirée-rencontre-débat avec l'EADSP 37 est une préconisation atypique mais intéressante.

Ainsi il serait intéressant de faire une étude à plus grand échelle (régionale ou nationale) pour compléter ces résultats. Ce qui permettrait par la suite d'évaluer les attentes et les besoins des médecins généralistes vis à vis des LISP.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française d'Accompagnement et des Soins Palliatifs. Définition des soins palliatifs. 1996.

2. Circulaire D. Circulaire no DHOS/02/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Bull Off. 2002;12.

3. Cour des comptes. Cour des comptes. Rapport public annuel. 2015.

4. Sicard D. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie. Rapport à François Hollande, président de la République française. 2012;

5. Carol A. Prêtres et médecins face à la mort et aux mourants en France, XIXe-1e moitié du XXe siècle. Rives Méditerranéennes. 15 oct 2005;(22):109-24.

6. Association pour le développement des Soins Palliatifs du Tarn. Historique des Soins Palliatifs. 2007.

7. Dr Mignot H. Elisabeth Kubler- Ross France: un destin étonnant. 2008.

8. Pr Albarde J-L, Dr Marmet T. Chapitre I: Connaître les bases et les principes des soins palliatifs. 2008.

9. Circulaire DGS. Circulaire DGS 3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite «circulaire Laroque »).

10. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juillet, 1991.

11. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Direction générale de la santé D, VEIL S, DOUSTE-BLAZY P. Circulaire DGS/DH/95 n°22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. 1995.

12. Bulletin Officiel n°98/41 [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-41/a0412644.htm

13. No LOI. Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux Soins Palliatifs. J Off Répub Fr Du. 1999;10.

14. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

15. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.

16. Bachelot-Narquin R. Circulaire no DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 2008;

17. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Dossier de presse mars 1999: développement de l'offre de soins palliatifs.

18. Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005. ARRCO - Extrait Doc. 1 mai 2002;(9):29-38.

19. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Évaluation du plan Cancer 2003-2007. Rapport final. Paris: La documentation Française; 2009 janv p. 495p.

20. Aubry R. Bilan du Programme national de développement des soins palliatifs 2008–2012. République Française Ministère Santé Paris. 2013;

21. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. 2015.

22. Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France: de fortes inégalités entre régions. Médecine Palliative Soins Support-Accompagnement-Éthique. 2015;14(3):142–151.

23. Réseau de Soins Palliatifs en région Centre. Bilan d'activité du Réseau de Soins Palliatifs en région Centre-Val de Loire. 2015.

24. Agence Régional de Santé Centre. Schéma régional d'organisation des soins en région Centre 2012-2016.

25. Lombion V Guy. Prise en charge en soins palliatifs des patients par les omnipraticiens en Guadeloupe: enquête qualitative. Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane.; 2013.

26. Deveautour I. La prise en charge des patients en fin de vie dans le département de la creuse: enquete auprès des médecins généralistes. Université de Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie.; 2007.

27. Vantomme C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs. Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC); 2007.

28. Delattre B, Deneuville B. Prise en charge des patients relevant de soins palliatifs en médecine générale: pertinence des réseaux [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé;

29. Marrilliet A, Messié-Ruhlmann C. Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs en Isère à disposition des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier;

30. Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, et al. Providing palliative care in primary care: how satisfied are GPs and district nurses with current out-of-hours arrangements? Br J Gen Pr. 2000;50(455):477–478.

31. Dillman DA, Phelps G, Tortora R, Swift K, Kohrell J, Berck J, et al. Response rate and measurement differences in mixed-mode surveys using mail, telephone, interactive voice response (IVR) and the Internet. Soc Sci Res. 2009;38(1):1–18.

32. Conseil National de l’ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France , situation au 1er janvier 2016.

33. Maccario J. Coordination ville-hôpital dans la prise en charge des soins palliatifs au domicile: enquête auprès des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers du Var [Thèse d’exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine;

34. Darchi-Berrekhis A, Aubry R. Enquête auprès des médecins généralistes francs-comtois sur la prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs. Université de Besançon; 2001.

35. Cavagno G. Difficultés rencontrées par les professionnels de santé libéraux dans le maintien à domicile des patients en fin de vie: à propos d’une enquête réalisée auprès de 270 médecins généralistes et 300 infirmières libérales dans le secteur sanitaire 2 d’Aquitaine : état des lieux, mars 2004 [Thèse d’exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II;

36. Poinceaux S. Aperçu des compétences technico-scientifiques et légales, des internes rennais de médecine générale en fin de cursus, dans la prise en charge de leurs patients en situation palliative en médecine libérale [Thèse d’exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne;

37. Denis-Delpierre N, Mallet D, Gallé-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. Médecine Palliative Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):115-26.

38. Réseau de Soins Palliatifs en région Centre. Bilan d’activité du Réseau de Soins Palliatifs en région Centre-Val de Loire. 2014.

39. Unité Régionale d’Épidémiologie Hospitalière; Réseau Soins Palliatifs Région Centre. Soins Palliatifs hospitaliers Adultes MCO-HAD 2015 Centre-Val de Loire. 2016.

40. Unit EI. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. The Economist. 2015;

41. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Politique en soins palliatifs de fin de vie. 2010.

42. European Association for Palliative Care. The Prague Charter. 2013.

Annexe 1

QUESTIONNAIRE ADRÉSSÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE ET LOIRE.

Je suis interne en médecine générale, en 6e semestre à la faculté de Tours. Dans le cadre de ma thèse je souhaite savoir quelles sont les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire concernant les missions et l'organisation des Lits Identifiés de Soins Palliatifs se situant dans les différents établissements de santé de la région. Ce questionnaire peut se remplir en 5 minutes environ. Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour le remplir.

1. Dans quel secteur exercez-vous ?

- ○ Urbain
- ○ Rural
- ○ Semi-rural

2. Depuis combien de temps êtes-vous installés?

3. Quel est votre mode d'exercice?

- ○ Seul
- ○ En association (cabinet de groupe, maison médicale, collaboration ...)
- ○ Autre :

4. Avez-vous déjà participé à une formation sur les Soins Palliatifs?

- ○ Oui
- ○ Non

5. Si oui laquelle:

- ☐ FMC
- ☐ DIU
- ☐ Autre :

6. Les Soins Palliatifs font-ils partie de votre pratique médicale?

- ○ Oui
- ○ Non

7. Pouvez-vous estimer le nombre de patients bénéficiant de Soins Palliatifs que vous avez pris en charge durant ces 3 dernières années?

8. Quand vous avez besoin d'hospitaliser votre patient en Soins Palliatifs vers quelle(s) structure(s) l'orientez-vous?

- ☐ Les urgences de l'hôpital le plus proche
- ☐ L' Unité de Soins Palliatifs (USP) dans laquelle le patient est suivi
- ☐ Un service bénéficiant de Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)
- ☐ Un service dans lequel le patient est pris en charge pour sa pathologie
- ☐ Un service de gériatrie
- ☐ Autre :
-

9. Si vous avez besoin de conseils concernant la prise en charge de votre patient en Soins Palliatifs à qui demandez-vous?

- ☐ L' Équipe Mobile de Soins Palliatifs
- ☐ L' HAD
- ☐ Le médecin hospitalier référent
- ☐ Autre :

10. Connaissez-vous les LISP?

- ○ Oui
- ○ Non

11. Savez-vous où se trouvent les LISP les plus proches de votre cabinet médical?

- ○ Oui
- ○ Non

12. D'après vous quels sont les différents modes d'entrée pour l'hospitalisation d'un patient dans un service bénéficiant de LISP?

- ☐ Les urgences
- ☐ Un service de médecine
- ☐ Un entrée directement programmée avec le médecin référent du service
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

13. Avez-vous été amené à hospitaliser votre patient en Soins Palliatifs dans un service possédant des LISP?

- ○ Oui
- ○ Non

14. Êtes-vous satisfait de la prise en charge de vos patients hospitalisés en LISP?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Sans opinion

15. Quelles sont les missions des LISP selon vous?

- ☐ Une hospitalisation de répit pour les aidants
- ☐ Une hospitalisation de repli
- ☐ Le patient peut bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire: assistante sociale, psychologue, diététicienne
- ☐ L'Équipe mobile de soins palliatifs peut être amenée à intervenir pour un patient
- ☐ L'HAD peut être mise en place à la sortie d'une hospitalisation
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

16. Les LISP sont-ils utiles selon vous?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas

17. Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations concernant les LISP?

- ○ Oui
- ○ Non

18. Si oui sous quelle(s) forme(s)?

- ☐ FMC
- ☐ Autre :

Vu le directeur de thèse, le 1/04/2017.

Vu le doyen de la Faculté de médecine de Tours, le

Hanna SLIMI (MÉNAGÉ)

87 pages – 31 graphiques – 4 illustrations

Introduction :
Les différents gouvernements qui se sont succédés ont eu comme principaux objectifs de développer la démarche palliative en favorisant l'accès aux soins avec la mise en place d'un réseau et de renforcer les compétences des médecins, des soignants intervenants dans les services fréquemment confrontés à la fin de vie. Depuis 2002 il existe dans des services de médecine ou de soins de suite des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP). Ces lits permettent d'assurer une continuité dans la prise en charge palliative quand une hospitalisation devient nécessaire ou qu' un répit est souhaitable pour les aidants par exemple.
Cependant la coordination ville – hôpital n'est pas toujours simple car les médecins généralistes n'ont pas tous connaissance des LISP.
L'objectif principal de cette étude est de connaître les connaissances des médecins généralistes de l'Indre et Loire sur l'organisation et les missions des Lits Identifiés de Soins Palliatifs situés dans les différents établissements de santé du département.
Matériel et Méthodes :
Étude quantitative descriptive transversale réalisée à partir d' un questionnaire envoyé par mail auprès de 504 médecins généralistes de l'Indre et Loire entre le 20/09/2016 et le 24/12/2016.
Résultats :
Dans notre étude 52,3 % des médecins généralistes ont participé à une formation sur les Soins Palliatifs. La majorité des médecins généralistes de l'Indre et Loire connaissent les LISP mais malheureusement ils ne savent pas ou se situent les LISP les plus proche de leur cabinet médical pour 52,3 % d'entre eux. Nous avons constaté qu' 1/4 des médecins généralistes ne connaît pas les modes d'entrée possible dans un service bénéficiant de LISP. Concernant les missions des LISP la majorité des médecins généralistes connaît les principales missions qui sont la prise en charge multidisciplinaire, l'intervention de l'EMSP ou de l'HAD, l'hospitalisation de répit ou de repli. Par ailleurs 61,4 % des médecins n'ont jamais hospitalisé leur patient dans un service bénéficiant de LISP. Enfin 85,9 % des médecins souhaiteraient avoir plus d'informations sur les LISP.
Conclusion :
La notion française de LISP est une entité à part entière unique en Europe, dont l'utilité est plus que reconnue. Cependant il existe une rupture dans la coordination ville – hôpital puisque les médecins généralistes ne bénéficient pas de toutes les informations concernant les LISP. Ainsi il serait intéressant de faire une étude à plus grand échelle pour compléter ces résultats ce qui permettrait par la suite d'évaluer les attentes et les besoins des médecins généralistes vis à vis des LISP.

Mots clés :
Lits identifiés de soins palliatifs, médecin généraliste, Indre et Loire, soins palliatifs

Jury :
Président du Jury : Professeur Étienne DANQUECHIN-DORVAL
Membres du Jury : Professeur Emmanuel GYAN
Professeur Philippe COLOMBAT
Professeur Jean ROBERT
Directeur de thèse: Docteur Agnès HÉLIE